

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1900, à 1 heure

Par PAUL FROUSSARD

Né à Chaumont (Haute-Marne), le 27 janvier 1870
Ancien interne des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

THOINOT, }
LAUNOIS, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

345

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1900, à 1 heure

Par PAUL FROUSSARD

Né à Chaumont (Haute-Marne), le 27 janvier 1870

Ancien interne des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

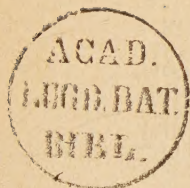
DE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

THOINOT, }
LAUNOIS, } *agrégés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTERMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES ELATO URETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD.

Dans les différentes phases de nos études, M. le Professeur Brissaud n'a cessé de nous donner de nombreuses marques de son bienveillant intérêt. Après nous avoir accueilli dans son service, d'abord comme externe, puis comme interne, il veut bien encore aujourd'hui accepter la présidence de notre thèse. C'est un grand honneur dont nous ne saurions nous montrer trop reconnaissant.

A MES MAITRES

Qu'il nous soit permis aujourd'hui d'adresser publiquement nos remerciements aux maîtres érudits qui nous ont dirigé dans nos études.

C'est, tout d'abord, sous l'indulgente direction de MM. Reclus, Peyrot et Picqué, que nous avons été initié à l'examen des malades.

M. le Professeur Raymond, MM. Dreyfus-Brissac, Reclus, Brissaud, Chauffard ont bien voulu successivement nous ouvrir leur service en qualité d'externe. Nous leur devons autant de reconnaissance pour leur enseignement, que pour les marques de bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignées.

Comme interne, nous avons eu le grand honneur d'être l'élève de MM. Falret, Séglas, Démelin, Brissaud, Du Castel, Comby, Moutard-Martin. Nous ne pouvons assez les remercier des témoignages de confiance qu'ils nous ont donnés. Jamais nous ne perdrons le souvenir de leurs conseils éclairés, de leurs encouragements et de l'obligeance avec laquelle ils nous ont mis à même de profiter de leur science et de leur haute expérience.

Nous ne pouvons non plus oublier tous les professeurs qui, par leur enseignement à la Faculté, nous ont puissamment aidé dans nos travaux. Nous leur exprimons notre vive gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Introduction. Définition.

Sous le nom d'*entéro-colite muco-membraneuse*, nous nous proposons d'étudier un complexe symptomatique plus particulièrement observé chez les sujets neuro-arthritiques, à marche continue ou intermittente, caractérisé essentiellement par de la constipation habituelle, entrecoupée de diarrhée, par des douleurs, et par le rejet de mucus se présentant, dans les selles, sous forme de glaires ou de fausses membranes.

Si, dans cette définition, nous ne faisons entrer aucune donnée pathogénique et anatomo-pathologique, c'est que rien, dans l'état actuel de la science, ne nous permet d'assigner à cette affection une cause univoque ou des lésions intestinales bien déterminées. C'est du moins, l'opinion que nous avons pu nous faire, par l'étude critique des observations et des mémoires qui ont été publiés sur ce sujet.

La lecture de ces documents nous a convaincu de la variabilité des allures cliniques de l'entéro-colite muco-membraneuse. Les descriptions d'ensemble qui en ont été données, se ressentent de ce polymorphisme; chaque auteur ayant une tendance naturelle à envisager plus particulièrement les faits qui avaient été soumis à son observation.

Du reste, pour s'en convaincre, on n'a qu'à se rappeler la richesse des dénominations employées pour désigner l'affec-

tion aujourd'hui connue sous les noms d'entérite, d'entérocolite, ou de colite muco-membraneuse. C'est ainsi que l'on s'est servi des termes suivants : *Diarrhée glutineuse* (Van Swieten), *Entérite glaireuse* (Nonat), *Diarrhée tubulaire* (Good), *Affection muqueuse de l'intestin* (Goss), *Affection douloureuse de l'intestin* (Powell), *Croup intestinal* (Clemens), *Herpétide exfoliatrice* (Gigot-Suard), *Colique muqueuse* (Nothnagel), *Diarrhée fibrineuse* (Granthaus), *Entérite interstitielle* (Wannebroucq), *Colite sèche*, *Colite chronique* (Potain), *Colite mucino-membraneuse* (G. Sée), etc.

Aussi, malgré le grand nombre de travaux parus ces dernières années sur l'*entéro-colite muco-membraneuse*, nous a-t-il paru intéressant d'en tenter une description clinique, et d'en étudier les différentes formes.

Dans ce travail, nous nous sommes laissé conduire par l'observation seule des faits cliniques. Les matériaux ne nous ont pas manqué, en dehors des faits et des mémoires qui enrichissent la littérature médicale. Dans le service de notre maître le D^r Comby, il nous a été permis d'observer plusieurs cas d'entéro-colite muco-membraneuse. Avec une bonne grâce, dont nous lui savons le plus grand gré, il a bien voulu mettre à notre disposition sa grande expérience sur ce sujet. MM. les docteurs Brocq, Tuffier, Petit, Du Castel, Soupault, Rabé, Mouchet, Wickersheimer, quelques-uns de nos collègues d'internat ont bien voulu nous aider dans notre tâche.

Plusieurs d'entre eux nous ont fourni des observations inédites ; tous nous ont été d'un grand secours par leur connaissance approfondie de cette affection.

CHAPITRE II

Historique.

La présence, au milieu des matières fécales, de produits ressemblant à des glaires, à des fausses membranes, n'avait pu passer longtemps inaperçue à l'observation des anciens cliniciens.

Déjà Fernel, en 1638, dans sa *Pathologie* rapporte le cas de l'ambassadeur de Charles-Quint, qui avait expulsé par l'anus un corps ferme et percé d'un conduit dans son milieu, long d'un pied. Morgagni, dans sa 31^e lettre sur les *Flux de ventre*, nous enseigne que dans la dysenterie, et sans qu'aucun ulcère n'affecte l'intestin, on peut trouver des corps gras, en apparence charnus et membraneux. A l'appui de son dire, il cite le fait rapporté par Zollicoffer, qui raconte qu'une « concrétion pituiteuse » avait été rendue par Justus de Leipsick. Ce dernier l'avait prise pour une portion de son intestin.

A quelque temps de là, Sannert et Lancisi apprenaient à leurs contemporains que certains « ténias des intestins » n'étaient pas des vers, mais des excréments muqueux qui prenaient cette forme dans les intestins.

Cette confusion des fausses membranes avec les divers parasites intestinaux, a dû être faite encore plusieurs fois dans la suite, puisque Cruveilhier, en 1862, éprouve le besoin de revenir sur ce diagnostic différentiel.

Bien que Gendrin ait eu l'honneur de reconnaître, en 1841,

la véritable nature de ces produits muco-membraneux, Roche, quelques années plus tard, les confondait encore avec les produits de la diphthérie, et rapprochait l'entérite membraneuse aiguë des affections diphthériques, telles que l'angine couenneuse et le croup.

Enfin, à la suite de Billard et Valleix, Rilliet et Barthez, en 1853, confondent encore ces exsudats intestinaux avec le muguet.

Ce n'est donc guère qu'en 1861, à la suite du travail de Laboulbène, intitulé : *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, qu'est nettement établie l'origine muqueuse de ces produits.

Depuis cette époque, les publications sur ce sujet se multiplient. Nous ne ferons que citer, en passant, les présentations faites à la Société anatomique par Broca, Langlet, Potain : l'observation clinique, lue et commentée à la Société des hôpitaux de Paris, en 1868, par Guyot ; les mémoires, les notes, publiés successivement par Merlan de Chaillé, Perroud, Williams.

Résumant tous ces documents apparaît le mémoire de Siredey intitulé : *Notes pour servir à l'étude des concrétions muqueuses membraniformes*. De son étude, l'auteur conclut que cette production morbide se rencontre dans des conditions cliniques diverses.

L'étude des symptômes et des lésions de cette affection se précise de plus en plus grâce à ces matériaux.

Enfin, en 1874, paraît un mémoire célèbre de Wannebroucq, qui étudie l'entéro-colite muco-membraneuse sous le nom « d'entérite interstitielle ». Il en donne une bonne description clinique, que les études ultérieures ne feront guère que

préciser. Cependant les lésions cadavériques qu'il décrit, comme caractéristiques de cette affection, n'ont été retrouvées, depuis, que par Thiroloix. Aussi discute-t-on pour faire rentrer ou non, ces cas dans le cadre de l'entéro-colite muco-membraneuse, telle qu'on la comprend généralement.

Depuis ce travail important, cette affection a servi à nouveau de sujet à un nombre considérable de mémoires, de communications et de thèses, sans compter les articles spéciaux qui lui sont consacrés dans les traités et manuels de Pathologie. Nous renonçons de parti pris à en dresser la liste.

Dans le courant de l'étude que nous tentons aujourd'hui, on trouvera de nombreuses relations, des notes bibliographiques qui témoigneront des larges emprunts que nous avons faits à tous ces documents.

Nous devons, cependant, une mention spéciale aux communications et aux discussions sur les rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Elles eurent lieu presque simultanément en 1897 et 1898, dans les différentes sociétés savantes : Académie de médecine, Société médicale des Hôpitaux, Société de chirurgie. Les nombreux faits cliniques rapportés et les commentaires qu'ils ont suggérés ont permis de fixer quelques particularités intéressantes dans l'étude clinique de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Citons encore, dans ces toutes dernières années, le mémoire de de Langenhagen, la thèse de Vouzelle, celle de Carret, la monographie de Lyon et surtout les différentes communications de M. Mathieu.

CHAPITRE III

Étiologie.

Quoique très rarement observée dans les services hospitaliers, l'entéro-colite muco-membraneuse est une affection très fréquente, beaucoup plus fréquente même qu'on ne pourrait le croire d'après les statistiques, si l'on tient compte de tous les cas frustes. Sur un relevé de 2000 malades le professeur Potain en compte 103 environ atteints de cette affection.

Le nombre des causes, invoquées dans l'étiologie de l'entéro-colite muco-membraneuse, est considérable. Cette trop grande richesse ne fait que masquer notre ignorance des causes immédiates de cette affection.

Nous diviserons les différents facteurs étiologiques en CAUSES PRÉDISPOSANTES, et en CAUSES OCCASIONNELLES.

I. CAUSES PRÉDISPOSANTES. — En première ligne, il faut noter l'*arthritisme* et l'*hérédité nerveuse*. Ces deux facteurs peuvent se trouver séparément ; le plus souvent ils sont associés en donnant lieu au *neuro-arthritisme*.

Dans les antécédents héréditaires et personnels des malades, on rencontre tous les symptômes constituant les stigmates de l'arthritisme, la tendance aux congestions, les coryzas, les trachéo-bronchites, les amygdalites, les douleurs articulaires et musculaires vagues, les névralgies, les céphalées, etc. Quelquefois même, il s'agit de manifestations plus graves :

la goutte, le diabète, les différentes lithiases urinaires, biliaires, l'asthme, l'obésité, etc.

Le *nervosisme*, en général, est toujours très marqué, aussi bien chez les ascendants que chez le malade lui-même. Les bizarreries de caractère, les dépressions morales et psychiques, les anomalies de l'émotivité, les symptômes neurasthéniformes, les phobies sont souvent relevés; on peut même rencontrer quelquefois les névroses vraies : épilepsie, hystérie, neurasthénie.

Dans quelques cas, on a noté une hérédité directe, ce qui a pu faire penser que l'entéro-colite muco-membraneuse était une maladie héréditaire. De fait, il n'est pas rare de trouver, sinon cette affection, tout au moins la constipation chez les ascendants, surtout chez la mère.

Le *sexe* a une influence considérable. Les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes, dans la proportion de deux contre un au minimum (Lyon), de 80 0/0 d'après Litten. Sur 460 malades, Bottentuit relève 250 cas dans le sexe féminin.

L'entéro-colite muco-membraneuse appartient plutôt à l'*âge adulte*; elle s'observe principalement entre 25 et 45 ans, cependant elle n'est pas rare dans l'enfance surtout dans la seconde enfance. Bottentuit la relève 60 fois sur 460 cas.

C'est principalement, dans les classes dites aisées, que l'on rencontre cette affection. Il est juste d'ajouter que c'est aussi, dans les mêmes conditions sociales, que l'arthritisme est le plus souvent observé.

II. CAUSES OCCASIONNELLES. — Ces causes sont nombreuses; les unes consistent en de simples erreurs d'hygiène, les autres en de véritables affections organiques. Quand nous étudierons

les associations cliniques et les complications, nous verrons dans quelle proportion on doit tenir compte des premières dans la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Toutes les fautes contre l'hygiène ont été incriminées.

Les vices de l'alimentation : la nourriture trop abondante, trop substantielle, le régime trop exclusivement carné ou végétarien.

Les mauvaises habitudes dans l'acte de la défécation : les retards qu'on apporte, d'une façon habituelle, à en satisfaire le besoin, par raisons professionnelles ou de convenance, l'abus des lavements, pris journellement, pour se débarrasser à heure fixe de cette nécessité, l'abus des purgatifs et surtout des purgatifs salins.

La vie trop sédentaire, les professions dont l'exercice nécessite de longues heures de travail de bureau ont pu être aussi incriminées.

Parmi les états morbides bien déterminés, auxquels on a attribué un rôle pathogénique important, on a cité différentes gastropathies, surtout l'hyperchlorhydrie (hyperas-thénie de Robin), les hémorroïdes, les polypes intestinaux, les tumeurs abdominales, les lésions utéro-ovariennes, le rein mobile, les différentes entéroptoses, voire même l'appendicite !

La majorité de ces affections semble n'intervenir dans la genèse de l'entéro-colite muco-membraneuse, que par la constipation qu'elles provoquent ou qu'elles entretiennent et augmentent. Aussi ne doit-on pas s'étonner du rôle important qu'on fait jouer généralement à cette dernière affection comme facteur étiologique.

La constipation, en effet, se rencontre non seulement com-

me un symptôme constant de l'entéro-colite muco-membraneuse, mais aussi dans les antécédents des malades, et cela bien longtemps, plusieurs années avant que les mucosités caractéristiques de l'affection qui nous occupe, fassent leur apparition.

Enfin, dans certains cas, on a pu incriminer des affections intestinales ou péritonéales infectieuses : gastro-entérites du jeune âge ; entéro-colites aiguës ; fièvre typhoïde ; dysenterie ; péritonites aiguës, tuberculeuses, ou encore des causes banales, telles que les traumatismes, le froid humide et prolongé, etc. etc.

CHAPITRE IV

Étude clinique.

Il est assez difficile, sinon impossible, de donner un tableau d'ensemble de l'évolution clinique de l'entéro-colite muco-membraneuse. Il s'agit, en effet, d'une affection essentiellement chronique, à début le plus souvent obscur, sujette à des rémissions plus ou moins complètes et à des exacerbations à allures des plus variables.

Force nous est donc de rechercher, parmi les nombreux symptômes que nous aurons à étudier, ceux qui, par leur constance et leur haute valeur séméiologique, peuvent être considérés comme cardinaux. A côté de ces grands symptômes qui, par leur réunion, entraînent le diagnostic et donnent à l'affection son caractère spécial, nous aurons à décrire des symptômes dits accessoires, variables selon l'âge, les antécédents du malade, la durée et la gravité de l'affection. Enfin nous nous attacherons plus particulièrement à décrire les crises aiguës, qui viennent interrompre la marche de l'affection. Variables dans leurs allures cliniques, ces crises peuvent simuler soit un des syndromes paroxystiques douloureux de l'abdomen, soit encore une maladie infectieuse générale.

Symptômes capitaux. — Les symptômes capitaux de l'entéro-colite muco-membraneuse forment une triade constante, ce sont : *la constipation opiniâtre* entrecoupée par des débâcles diarrhéiques, les *douleurs abdominales* variables

quant à leur siège et à leur intensité, et enfin le *rejet dans les selles de mucus*, en quantité plus ou moins considérable, sous forme amorphe ou concrète, pouvant prendre l'aspect de fausses membranes.

Constipation. — La constipation est le symptôme primordial et le plus constant de l'affection qui nous occupe. Quelquefois cependant il peut, tout étrange que cela paraisse, passer inaperçu et du malade et du médecin.

C'est que la constipation n'est pas toujours caractérisée par « des évacuations alvines moins abondantes, moins fréquentes et plus sèches qu'à l'état normal », suivant la définition qu'en donne le professeur Potain (1).

À côté des malades qui présentent, d'une façon permanente, la réunion de ces trois termes, *rareté, diminution, sécheresse des matières*, il en est quelques-uns dont les fèces, tout en paraissant régulières, ne sont composées que de matières dures et fragmentées. D'autres semblent avoir des évacuations alvines fréquentes, mais anormales par leur minime volume ; on en rencontre enfin qui accusent des selles rares, mais diarrhéiques.

Ces différentes modalités dans l'acte de la défécation nous forcent à étudier, à côté de la constipation ordinaire, *totale*, pourrait-on dire, des constipations *dissociées*, suivant l'expression que nous proposons. Dans ces derniers cas, il n'existe qu'un seul ou deux des caractères assignés à la constipation. Déjà Lasègue (2) avait appelé l'attention sur ce sujet et décrivait une *constipation horaire* et une *constipation quantitative*, cette dernière comprenant les cas où les matières sont ren-

(1) POTAIN, De la constipation. *Sem. médic.*, 1889.

(2) LASÈGUE, *Etudes médicales*, 1884, t. II, p. 389.

FROUSSARD

dues en quantité insuffisante et ceux où elles sont dures, fragmentées, ovillées. Soupault, dans son rapport sur le *Traitement de la constipation* (1), définit cette dernière : « la rétention et l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, quel que soit leur mode d'évacuation au dehors ». Donc la coprostase due soit à la rareté, soit au peu d'abondance des selles (constipation horaire et quantitative de Lasègue) suffirait pour caractériser la constipation.

Enfin M. Mathieu (2) insiste sur la qualité des matières rendues. « Il me semble que la notion de sécheresse doit être énoncée ; il ne faut pas seulement avoir des évacuations régulières, sans retard, sans accumulation dans le gros intestin, il faut encore que les selles soient suffisamment humectées. »

Par suite nous pouvons donc décrire une *constipation horaire*, une *constipation quantitative* et une *constipation qualitative* ; étant entendu que la réunion de ces trois modes donnerait lieu à une *constipation totale*, tandis que la présence d'une ou deux de ces modalités constituerait une *constipation dissociée*.

Cette notion a pour nous une grande importance, car quelques malades, trompés par la régularité de leurs selles, repoussent énergiquement la constipation et, cependant, l'interrogatoire révélera un trouble de la fonction caractérisé par la petite quantité et la sécheresse des matières rendues. D'autres se plaindront, au contraire, de diarrhée et se montreront très étonnés quand ils apprendront qu'ils doivent se considérer comme constipés, du fait que leurs selles diarrhéiques

(1) *Bull. et mém. de la Société de thérapeutique*, 1899.

(2) *Bull. et mém. de la Société de thérapeutique*, 1899.

contiennent des scybales ou ne reviennent qu'au bout d'un laps de temps trop considérable.

Constipation horaire. — En général, on admet qu'un individu bien portant doit avoir régulièrement au moins une selle par jour. Néanmoins il est nécessaire de s'enquérir auprès du malade de ses habitudes. Quelques personnes, qui ont toujours joui d'une santé excellente, n'ont jamais eu que des selles plus espacées, tous les deux ou trois jours, et cela sans en ressentir aucun inconvénient. C'est que, comme le fait remarquer le professeur Potain (1), « un sujet n'est constipé que quand, de l'insuffisance des évacuations, résultent, pour lui, certains troubles, certains malaises. » Il est donc assez difficile de donner le critérium clinique de la constipation horaire.

Constipation quantitative. — La même remarque s'impose pour la constipation quantitative. Il est, en effet, impossible de déterminer, d'une façon exacte, la quantité de matières fécales qu'un adulte sain doit rendre dans les 24 heures. La quantité de 180 grammes, qui a été établie d'une manière arbitraire, est sujette à beaucoup de variations. La nature des aliments la fait varier dans de grandes proportions. L'ingestion habituelle d'aliments grossiers, riches en cellulose, augmente de beaucoup les déchets alimentaires. Toutefois on ne peut établir une proportion rigoureuse entre la quantité des aliments ingérés et celle des matières rendues. Enfin, dans l'appréciation de la constipation quantitative, il y a encore une autre cause d'erreur. Cette affection peut être méconnue, le malade accusant des évacuations régulières, comme

(1) *Loc. cit.*

nombre et comme quantité, et cependant la palpation du ventre dénotera une accumulation de matières fécales dans le gros intestin, dans l'S iliaque en particulier. Il s'agit alors, le plus souvent, de malades présentant de la dilatation atonique depuis un long temps déjà ; leur gros intestin se laisse distendre jusqu'à un certain point, sans réagir par ses contractions péristaltiques pour se débarrasser de cette masse qui l'encombre. Mais un nouvel apport, en le surdistendant davantage, réveillera sa contractilité diminuée et provoquera une selle. On peut dès lors comparer ce phénomène à celui qui se passe, du côté de la vessie, chez les prostatiques, et dire que ces constipés « vont à la selle par regorgement », de même que ces urinaires « urinent par regorgement ». La palpation de l'abdomen, en révélant une accumulation de matières dans le gros intestin, permettra seule d'affirmer la constipation quantitative.

Constipation qualitative. — La constipation qualitative porte sur le volume, la forme et la sécheresse des matières rendues. Prolongée ou habituelle, la sécheresse dénote toujours d'ailleurs un trouble profond de la fonction du gros intestin.

Les matières doivent normalement être rendues moulées, sous forme d'un boudin de consistance pâteuse. Leur sécheresse est fonction soit d'un trouble sécrétoire, soit d'un trouble moteur amenant leur séjour prolongé dans le côlon transverse, le côlon descendant ou encore l'S iliaque ou le rectum (1). Une hyposécrétion des glandes du côlon ou une stase

(1) Comme le fait remarquer Baraduc, la stase prolongée ne peut, en effet, se faire que dans la dernière portion du gros intestin. Si les matières molles et pâteuses, qui sont déversées par l'intestin grêle dans le cæcum, s'y accumulaient,

prolongée des matières, favorisant une absorption trop considérable des liquides, aboutissent, en effet, au même résultat : la sécheresse des matières fécales. La forme, le volume des matières peuvent varier : normales, quant à leur forme et leur volume, les matières dures ont moins d'importance clinique que celles qui sont petites ou fragmentées. Ces dernières sont tantôt pâteuses, plutôt dures, boudinées, mais d'un faible calibre, à peine grosses comme le petit doigt et quelquefois même de la grosseur d'une plume d'oie, ou encore aplaties, rubanées, comme passées au laminoir.

Dans d'autres circonstances, au lieu de former une masse unique, homogène, bien liée, elles se trouvent fragmentées. On est alors en présence de petites masses arrondies (scyballes), de grosseur et de volume variables, dures, sèches, se laissant difficilement écraser ; leur surface est rugueuse : elles semblent formées de matières grossièrement agglutinées entre elles. Leur expulsion par l'anus est pénible et douloureuse ; elle exige toujours de violents efforts ; elles sont souvent recouvertes de mucus et striées de sang ; quelquefois même leur aspect est encore plus caractéristique : elles forment de petits amas arrondis, sorte de petites billes, comparables aux crottes de biques : ce sont les matières ovillées.

Ces types différents de constipation totale, et de constipations dissociées (horaire, quantitative, qualitative), que l'on peut établir d'après l'aspect extérieur des matières et la façon dont elles sont rendues, semblent se rattacher à des conditions

elles ne tarderaient pas à former une masse compacte, imperméable aux gaz et aux liquides. Il s'en suivrait une occlusion intestinale vraie, quine pourrait durer bien longtemps.

pathogéniques différentes. Depuis Fleinert (1) on divise, au nom de la pathogénie, la constipation en *atonique* et en *spasmodique*. Dans l'atonie, secondaire à une cause locale ou générale, on rencontre surtout la constipation totale, la constipation horaire, la constipation quantitative. Le type spasmodique, au contraire, serait caractérisé par la constipation qualitative.

Tous les modes cliniques de la constipation peuvent se rencontrer dans l'entéro-colite muco-membraneuse, mais avec une inégale fréquence. La constipation qualitative associée ou non aux constipations horaire et quantitative paraît la plus constante.

Totale ou dissociée, la constipation dans l'affection qui nous occupe est remarquable par sa longue durée, sa constance et par les débâcles diarrhéiques qui viennent entrecouper sa marche chronique.

Tous les malades sont des constipés et cela depuis de longues années, bien avant même qu'ils n'aient observé dans leurs selles les mucosités, les fausses membranes caractéristiques. Tous accusent des débâcles diarrhéiques de durée variable, se produisant avec une fréquence différente suivant les individus, leur régime alimentaire, leur genre de vie, et aussi la nature spéciale de leur constipation,

Les selles diarrhéiques peuvent varier quant à leur aspect extérieur. Quelquefois, précédées par plusieurs évacuations alvines dures, elles se montrent constituées par des matières molles, en purée, semi-liquides. Dans ce cas, elles sont dues à une crise de diarrhée ordinaire sans rien de spécial.

(1) FLEINERT, *Berliner klin. Wochensch.*, 1893.

Dans d'autres cas, au contraire, elles sont franchement liquides, d'abondance variable, d'odeur le plus souvent infecte, contenant en suspension du mucus sous forme de glaires, de mousse, de petites masses ovillées, de scybales, de fragments informes de matière fécale. Cet aspect est tout à fait caractéristique. Ces évacuations diarrhéiques sont, en général, précédées par de vives douleurs abdominales, sous forme de coliques ; les besoins deviennent rapidement pressants, irrésistibles, l'expulsion de la selle liquide se fait avec force, elle s'échappe en « fusée » éclaboussant les parois des vases ou des cuvettes. Son passage à travers l'anus, détermine une sensation de brûlure, de cuisson, d'irritation particulière très pénible pour le malade.

De tout temps, on a insisté sur les caractères spéciaux de cette diarrhée.

A vrai dire, il ne s'agit pas de diarrhée franche ; c'est plutôt une « fausse diarrhée, une pluie intestinale ». On admet, en général, qu'elle est occasionnée par l'irritation provoquée sur la muqueuse intestinale par la coprostase. Sous cette influence, il y aurait hypersécrétion des glandes du tractus intestinal dans son entier, amenant une grande quantité de liquide dans le côlon. En ce cas, les matières pourraient se ramollir et finiraient par être rejetées au dehors. Cependant l'évacuation du gros intestin n'est pas complète, comme l'on peut s'en convaincre par la palpation abdominale, qui permet de sentir des masses de matières dures dans les côlons transverse et descendant. Force est donc d'admettre que, dans ces cas, les gaz, les liquides et les quelques matières entraînées cheminent à travers les scybales adhérentes aux parois dont elles ne peuvent se détacher.

Ces crises diarrhéiques reviennent à des intervalles inégaux, presque toujours à la suite d'une période marquée par la recrudescence de la constipation. Elles s'accompagnent de douleurs et de phénomènes réactionnels, variables en intensité, qui peuvent, dans certains cas, en imposer pour des coliques néphrétiques, hépatiques, une crise d'appendicite ; ou des phénomènes généraux qui rappellent soit l'embarras gastrique, soit la dothiéntérie au début. Ce sont ces crises qui peuvent donner à l'affection une forme toute spéciale. Nous aurons à y revenir longuement.

Dans les cas les plus simples, le tableau est moins dramatique : quelques douleurs périombilicales, sous forme de coliques, font naître le besoin de la défécation.

Les matières liquides, plus ou moins abondantes, s'échappent en « fusée ». Ces selles diarrhéiques se reproduisent à des intervalles variables, survenant comme un accident isolé au milieu de la constipation souvent opiniâtre. M. Beurnier (1) dénomme ingénieusement « irréguliers de la défécation » les malades qui présentent ainsi au cours de leur constipation habituelle, des selles diarrhéiques, survenant à des moments divers, le plus souvent après le repas.

Douleur. — La douleur est un phénomène constant. Tous les auteurs, qui se sont occupés de la question, séparent nettement les douleurs habituelles, quotidiennes, de celles qui surviennent par accès paroxystiques.

Il y a lieu aussi de distinguer les douleurs spontanées des

(1) BEURNIER, Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie. *Journal des Praticiens*, 1900.

douleurs provoquées, dont nous nous occuperons avec les signes fournis par la palpation.

Même, pendant les périodes de rémission, la douleur ne manque guère. Son intensité, ses caractères, le moment de son apparition, sa localisation, sont sujets à de grandes variations individuelles.

Ce n'est le plus souvent qu'un simple malaise intestinal, avec sensation d'angoisse. D'autres fois, au contraire, la douleur est plus aiguë et les malades ont tout un vocabulaire spécial et bizarre pour exprimer ce qu'ils ressentent. Tantôt c'est une sensation de constriction, de lien qu'on serrerait autour des reins (Lyon) ; d'autres malades se plaignent de brûlures, de plaies vives, « d'un courant d'eau chaude traversant le tube intestinal » (Villams) ; tantôt c'est une « bête qui vous ronge ; cela va, vient » ou c'est la sensation que produirait le passage de gaz à travers une matière visqueuse (Mercier). Ce caractère de mobilité, de déplacement de la douleur, se retrouve dans cette expression qu'employait une de nos petites malades dont nous rapportons l'histoire, « tout mon ventre roule ». Les expressions de mouvements reptoïdes, de tortillements, de tiraillements, sont aussi usitées couramment. Les grandes douleurs ne reviennent guère qu'à des intervalles variables, sous forme d'une crise. Cette dernière peut ne durer que quelques minutes, ou plusieurs heures, être unique, et ne reparaitre qu'au bout d'un intervalle variable. D'autres fois, ou bien les crises se répètent d'une façon subintrante, plusieurs fois par jour, et pendant plusieurs jours de suite, ou bien elles ont une durée beaucoup plus longue. C'est cette dernière modalité que nous décrirons sous le nom de crises d'*entéralgie*.

Le plus souvent les douleurs habituelles, celles dont se plaignent les malades comme revenant tous les jours, consistent seulement en une sensation de pesanteur, de constriction, d'écrasement, se produisant à des moments divers de la journée. Cependant, sous une influence quelconque, mais généralement bien déterminée : repas trop copieux, mets épicés, usage de spiritueux, la douleur peut s'aggraver en intensité, donner lieu à des coliques de peu de durée, se terminant le plus souvent par une débâcle diarrhéique.

Le moment de l'apparition de la douleur présente également un caractère variable. La douleur peut être continue ou intermittente. Continue, elle est, en général peu forte, vague, difficile à préciser, sujette à des exacerbations.

Ces exacerbations et les douleurs intermittentes reviennent, le plus souvent, plusieurs heures après le repas, trois ou quatre heures environ.

Cependant certains malades accusent le maximum de douleurs, les uns immédiatement, les autres une demi-heure, trois quarts d'heure après le repas.

Il n'y a donc aucun rapport fixe à établir entre le moment d'apparition des douleurs et l'ingestion des aliments et, par tant, aucune conclusion à en tirer pour les différencier des manifestations douloureuses stomacales.

Quelques malades accusent des douleurs nocturnes, survenant surtout dans la seconde partie de la nuit, à caractère de coliques, déterminant souvent le rejet de matières liquides.

La satisfaction du besoin de la défécation calme immédiatement les coliques ; mais si, pour une raison ou une autre, on y apporte un ajournement, la douleur peut se calmer spontanément, et souvent ne plus reparaitre de la journée.

L'ingestion d'aliments semble diminuer ou même faire disparaître les sensations de pesanteur, de vide abdominal.

Chaque sujet paraît avoir une localisation spéciale de la douleur. Celle-ci peut être générale, diffuse, répandue dans tout l'abdomen. Dans d'autres circonstances et peut-être, le plus souvent, elle paraît nettement siéger dans le côlon et en occuper toute l'étendue, ou, seulement, un de ses segments ou ses angles. Dans le premier cas, le malade, invité à préciser, avec un seul doigt, le lieu de sa douleur, décrit un grand fer à cheval, péri-ombilical, à concavité inférieure. Mais il n'est pas rare que la douleur n'occupe pas d'emblée tout le gros intestin ; elle débute dans un point, le plus souvent au niveau du cæcum, pour gagner plus ou moins rapidement les autres segments. Il semble que lorsque la douleur se localise dans une des portions du cæcum ; elle ait une prédilection pour le côlon transverse. Son siège étant alors nettement sous-épigastrique, il est tout naturel que les malades, se trompant sur la localisation précise, parlent de leurs « douleurs d'estomac ». Dans ses leçons sur les dyspepsies, Trousseau (1) signale déjà cette erreur : « Dans beaucoup de circonstances, les douleurs coliques sont prises pour des douleurs stomacales et il faut dire que, dans la moitié des cas, surtout chez le vieillard, cette douleur siège dans le côlon. »

Du reste si, par un interrogatoire précis, on pousse le malade à analyser plus complètement la douleur qu'il déclare tout d'abord localisée, d'une façon vague, dans le creux épigastrique, on peut se convaincre qu'elle siège nettement sur un trajet transversal. C'est une barre qui traverse l'abdomen

(1) TROUSSEAU, *loc. cit.*

de part en part, d'un hypochondre à un autre, un peu au-dessus ou au niveau de l'ombilic.

Les douleurs localisées, soit au côlon descendant, soit au côlon ascendant, se montrent également. Le plus souvent, c'est dans un de ces points où siège le maximum de la douleur, tandis que le reste du gros intestin est seulement endolori. La localisation, à un seul angle du côlon, a été signalée par plusieurs auteurs. Une de nos observations est caractéristique sur ce point (obs. X).

Habituellement, dans ces cas, la douleur irradie dans les deux segments correspondant du côlon.

Expulsion de mucus, de fausses membranes. — L'expulsion par l'anus de mucus, soit sous forme amorphe, soit sous forme concrète, pouvant aller jusqu'à simuler des membranes, des lambeaux de muqueuse, est le symptôme caractéristique de l'entéro-colite muco-membraneuse. Elle en est véritablement le signe pathognomonique, lorsqu'elle coexiste avec la constipation.

Ce mucus se présente sous une forme différente suivant les cas et les malades.

Après avoir exposé ces aspects variables et rappelé les différentes théories émises pour les expliquer, nous étudierons les caractères cliniques de son expulsion.

Germain Sée (1) reconnaît à ces mucosités trois types : 1^o le type amorphe ; 2^o le type membraneux ; 3^o le type mucino-membraneux. Aujourd'hui l'on s'entend pour ne décrire que le *type amorphe* et le *type membraneux*.

1^o TYPE AMORPHE. — L'expulsion du mucus se fait sous la

(1) GERMAIN SÉE, *loc. cit.*

forme de glaires filantes, comparées par les malades à du blanc d'œuf non cuit.

Ces glaires se présentent parfois, sous une forme arrondie, nummulaire, constituant ce que Lasèque avait heureusement dénommé les « *crachats intestinaux* ». D'autres fois, c'est une boule grisâtre, se segmentant dans l'eau, ou encore une simple mousse ou écume recouvrant les déjections. Perroud les compare à une gelée colloïde, blanchâtre, ayant quelque analogie avec la colle de peau.

Ce type amorphe paraît être le plus fréquent, surtout dans les périodes de rémittence. Il peut être ignoré, et nécessite donc une attention spéciale du malade et du médecin.

2^o TYPE MEMBRANEUX. — Ce type est plus caractéristique et aussi passe-t-il moins souvent inaperçu. Il étonne davantage le malade qui croit rendre des vers, des ténias ou des lambeaux de muqueuse, des peaux.

Les fausses membranes ne répondent pas toutes au même type morphologique ; aussi en distingue-t-on plusieurs formes suivant leur aspect extérieur. Nous décrirons successivement les *formes rubanées, cylindriques (tubulées ou non) et filamenteuses*.

Forme rubanée. — Dans la forme rubanée, le mucus concret prend l'aspect de lanières aplaties, plus ou moins élastiques, de longueur variant d'un centimètre à un mètre, larges et épaisses de quelques millimètres.

C'est ainsi que les dimensions suivantes ont pu être observées, 30 ou 40 centimètres (Potain) ; 3 pieds de long, 8 à 9 millimètres de large, sur 1 à 3 millimètres d'épaisseur (Langlet) ; 75 centimètres à 1 mètre de long (Pigné, Laborde). En 1863,

à la Société médicale de Lille, Wannebroucq présenta des bandelettes de 1 m. 20 de long.

Par contre, elles peuvent être expulsées sous forme de fragments ne dépassant pas un centimètre et même moins, dans le sens de la longueur et de la largeur. Leur aspect extérieur est celui du blanc d'œuf cuit, de parcelles de macaroni ou de nouilles cuites.

Leur coloration générale est d'un blanc grisâtre. De leurs deux faces, celle qui regarde la lumière intestinale est d'un jaune sale, teintée par la bile ou par les matières fécales. L'autre, adhérente à la muqueuse, est plus blanche, irrégulière, tomenteuse, villeuse, quelquefois striée de sang.

Leurs bords sont habituellement déchiquetés.

Forme cylindrique. — *Le type cylindrique* est moins fréquent ; c'est un cylindre creux, d'apparence membraneuse, d'un calibre extérieur qui est notablement inférieur à celui de l'intestin. Ses dimensions sont du reste variables. Maurice Raynaud observa un cylindre de 1 mètre de long, 0,01 centimètre de diamètre extérieur et de 0,055 millimètres de diamètre intérieur.

De Courval a vu un malade, dont il rapporte l'observation, rendre une pseudo-membrane sous l'apparence d'une « coque membraniforme » de couleur acajou, qui, sur une longueur de 8 centimètres, représentait la forme bosselée du gros intestin.

On comprend comment, lorsque leur diamètre ne dépasse pas quelques millimètres, ces tubes puissent être facilement pris pour des lombrics.

Forme filamenteuse. — *Le diamètre* de ces concrétions peut même être plus réduit ; ce ne sont plus alors que des *fila-*

ments séparés, isolés ou pelotonnés qui en imposent pour des ascarides.

Ces différents aspects sont dus aux conditions particulières de sécrétion de mucus et à la topographie du gros intestin.

Actuellement on s'accorde à considérer ce mucus comme toujours sécrété dans le gros intestin.

Le mucus sécrété au niveau de la muqueuse de l'intestin grêle, se trouve en effet, en présence d'un bol alimentaire, liquide avec lequel il se mélange intimement ; aussi n'apparaît-il pas d'une façon tangible dans les matières.

Les conditions physiologiques sont tout autres dans le gros intestin ; là il y a une stagnation des matières qui prennent normalement une consistance plus pâteuse et, dans le cas pathologique qui nous occupe, une dureté spéciale. Il est donc tout naturel que le mucus, qui ne peut plus se mélanger à la masse stercorale, apparaisse nettement sous forme de glaires ou de fausses membranes ; ces deux aspects différents ont la même valeur séméiologique. Nous verrons, en effet, au chapitre de l'anatomie pathologique, que les fausses membranes sont presque exclusivement composées de mucus concret.

Il y a hypersécrétion muqueuse, dont nous essaierons plus tard d'esquisser la pathogénie, et coagulation de ce mucus, laquelle s'expliquerait par des raisons chimiques pour les uns, mécaniques pour les autres.

Germain Sée (1) admet que la mucine ne peut se former qu'à la faveur d'un milieu alcalin. « Elle n'existe donc pas dans l'intestin grêle, qui reste indemne dans l'entéro-colite

(1) GERMAIN SÉE, De l'entérite mucino-membraneuse et de son traitement, *Bull. méd.*, 1893.

muco-membraneuse. Par contre, l'état alcalin de la paroi du gros intestin, surtout du côlon, favorise la formation de la mucine. »

Pour Robin, au contraire, il faut invoquer l'hyperacidité pathologique du contenu du gros intestin à la faveur de l'hyperchlorhydrie, cause première de l'entéro-colite muco-membraneuse.

La théorie mécanique, généralement adoptée depuis Mathieu, admet qu'il n'y a là qu'un phénomène de stase. Le mucus, sécrété en quantité plus grande que normalement, stagnerait dans le gros intestin ; aussi se ferait-il une résorption de sa partie liquide qui, poussée à l'extrême, donnerait cet aspect de fausses membranes. De fait, le mucus est d'autant plus concret, les fausses membranes sont d'autant plus longues et nombreuses que la coprostase a duré plus longtemps.

Le professeur Potain (1) rattache la forme spéciale des fausses membranes, *en bandes longitudinales*, à une disposition anatomique particulière. « Le mode de formation de ces longues lanières, toutes semblables d'aspect, ne pouvait guère se concevoir à moins de le rattacher à quelque disposition anatomique particulière. Ce qui me parut le plus vraisemblable, c'est qu'elles s'étaient formées sur les bandes longitudinales qui suivent le côlon d'un bout à l'autre, séparant les bosselures ou cellules dont cette partie de l'intestin est pourvue et qui, soulevant la muqueuse par leurs faisceaux musculaires tendus, déterminent une saillie très notable vers la lumière intestinale. Je pensai que le mucus, accumulé et concrété à la surface de ces bandes, pendant les périodes

(1) POTAIN, *Communic. de M. Jules Guyot. Bull. Soc. méd.*, 1868.

d'immobilité de l'intestin, prolongées par la constipation, était ensuite enlevé et comme roulé par le passage des matières fécales durcies. Sans doute, le dépôt de mucus ne se limitait pas à ces portions restreintes de la surface interne du côlon, car de larges lambeaux membraniformes étaient rendus, en même temps que ces lanières, et d'ailleurs les bords déchiquetés de celles-ci indiquaient qu'elles avaient dû appartenir à des lames plus étendues. Mais on concevait que ces sortes de fausses membranes se seraient plus aisément détachées au niveau des parties saillantes et peut-être aussi elles avaient pris une épaisseur un peu plus grande qu'ailleurs. »

La forme tubulée a été expliquée de différentes façons.

Maurice Raynaud (1) pense qu'il s'agit d'une couche de mucus concrété, qui, après avoir tapissé l'intestin, s'en détache et subit dès lors un enroulement par suite de mouvements analogues aux mouvements péristaltiques. Pour le professeur Debove, il s'agit d'un moule intestinal qui, d'abord large, se rétracte au point de ne présenter qu'un calibre bien inférieur à celui du gros intestin. « Le mucus tapisse tout l'intestin et forme ainsi un tube ; puis ce tube se détache et, se rétractant progressivement, arrive à présenter un petit calibre. »

L'explication qui nous paraît la plus satisfaisante est celle qui invoque la contracture du côlon (Mathieu). Dans l'entérocolite muco-membraneuse, en effet, les spasmes sont fréquents. La contraction spasmodique, quelquefois annulaire, a souvent lieu sur une grande étendue. C'est elle qui semble causer la constipation prémonitoire des périodes diarrhéiques, pendant lesquelles sont expulsées les fausses membranes en

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1874.

quantité notable. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que le mucus, sécrété, puis concrété au niveau d'un segment intestinal contracturé, en représente exactement la forme et soit, par suite, d'un fort petit calibre.

Enfin, comme curiosité, nous signalerons le cas cité par Malibran, où le mucus fut rendu sous forme de cylindres dichotomisés, dendritiques, comme s'il représentait le moule des voies biliaires. Marchand (de Halle) et Lowe, en 1879, ont montré qu'il s'agissait d'une adhérence réciproque des membranes effectuée dans l'intestin avant leur expulsion.

Le moment est maintenant venu de préciser le mode d'évacuation de ces produits muqueux. Tantôt ils se trouvent mélangés plus ou moins intimement aux matières fécales, tantôt, à eux seuls, ils résument toute l'évacuation alvine.

Dans le premier cas, le mucus peut adhérer aux matières ou se rencontrer à l'état isolé au milieu d'elles. Le plus ordinairement, les mucosités entourent les scybales ou les matières ovillées, leur donnant un aspect spécial bien décrit par les malades. Elles sont blanchâtres « roulées dans du blanc d'œuf » recouvertes « de crachats, de glaires » disent-ils.

Lorsque le mucus, qui accompagne les matières, ne leur adhère pas, on voit, nageant dans le liquide, des petites masses de mucus amorphe : des « glaires », des « crachats », des morceaux « d'œuf cuit », ou encore des débris « de macaroni ».

La quantité rejetée à chaque selle est des plus variables, généralement estimée à une cuillerée à café.

Entre les paroxysmes, les évacuations alvines, avec mucosités ne sont pas rares, mais elles reviennent irrégulièrement, ne se reproduisant que par poussées.

Le mucus peut aussi être expulsé en dehors des matières fécales. Le malade éprouve le besoin de se présenter à la selle, mais il n'expulse qu'une petite quantité de mucus ou quelques débris de pseudo-membranes. Ce sont donc là de « *fausses défécations* ». Quelquefois les symptômes qu'éprouve le malade avant de rendre ce mucus sont différents : il croit sentir le besoin d'expulser un gaz qui le gêne, et il est tout étonné d'avoir la sensation désagréable d'un liquide qui s'échappe en humectant sa chemise. Sur cette dernière, l'examen direct permet de reconnaître les taches qu'occasionne cette expulsion inopinée.

Pendant les paroxysmes, les fausses membranes et le mucus, souvent rendus à la suite de violentes douleurs, peuvent atteindre un volume considérable : un flacon de 125 grammes, 1/3 de vase (Lereboullet). C'est dans ces mêmes conditions que les produits membraneux prennent les dimensions que nous avons rapportées plus haut en en faisant l'étude morphologique.

Souvent, les fausses membranes s'enroulent formant des paquets qu'il est nécessaire de dissocier dans l'eau pour en reconnaître la véritable nature.

Symptômes secondaires. — A côté de ces trois grands symptômes, il en est d'autres qui se rencontrent, avec une grande fréquence, dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Malgré tout l'arbitraire d'une telle classification, nous devons soigneusement, pour la clarté de l'exposition, séparer ces symptômes, simples troubles fonctionnels, de ceux qui, par leur persistance, leur groupement, leur moindre fréquence, constituent de véritables *complications*.

Ces troubles fonctionnels n'ont qu'une valeur secondaire

pour le clinicien, mais quelquefois ils prennent, aux yeux des malades, une telle importance que c'est à leur sujet qu'ils viennent consulter, laissant dans l'ombre les symptômes intestinaux.

La pathogénie de ces différents troubles est, pour la plupart d'entre eux, nettement élucidée.

On sait combien les réflexes partis du tractus intestinal sont puissants et agissent sur les autres viscères. Un simple ténia donne lieu ainsi, par action réflexe, à des troubles nerveux et vasomoteurs qui déroutent souvent. Ces phénomènes réflexes prendront d'autant plus d'importance que l'on aura affaire à des sujets prédisposés par leurs antécédents nerveux et psychiques. Or c'est précisément ce qui se présente dans la majorité des cas qui nous occupent actuellement.

En dehors de cette action réflexe, il faut tenir compte, dans une large part, de l'auto-intoxication. Depuis les savantes leçons du professeur Bouchard sur les intoxications, on sait combien intervient, dans la genèse de certains troubles généraux, l'absorption par l'intestin des poisons introduits par l'alimentation et des toxines résultant d'une digestion incomplète ou viciée.

Certes, dans l'entéro-colite muco-membraneuse, nous retrouvons toutes les conditions requises : digestion viciée et stase des matières favorisant l'absorption.

Presque tous les organes peuvent être le siège de ces troubles fonctionnels dits réflexes. Nous plaçons en première ligne, ceux des voies digestives supérieures.

La langue est habituellement étalée, pâteuse, généralement humide, quelquefois sensible et douloureuse. Les papilles ont, le plus souvent, un développement anormal ; la muqueuse

linguale, est ordinairement blanche, jaunâtre, à la partie médiane; la muqueuse buccale et les gencives présentent parfois une rougeur érythémateuse spéciale.

L'haleine est légèrement fétide, un peu aigrelette surtout le matin à jeun.

L'appétit est fort variable; souvent conservé, il est, en quelques cas, capricieux. Certains malades, qui s'observent beaucoup, croyant trouver une relation entre la qualité des aliments ingérés et l'augmentation de leurs malaises ou de leurs douleurs, se composent un régime bizarre. Quelquefois ils mangent peu, soit par perte d'appétit, soit par crainte qu'une alimentation trop copieuse ne réveille leur douleur.

Souvent, immédiatement après l'ingestion d'aliments, apparaissent des phénomènes gastriques sans caractère précis, semblant en rapport avec des fermentations anormales: c'est une sensation de pesanteur, de gonflement épigastrique qui nécessite le relâchement des liens qui entourent la taille. Les renvois gazeux s'observent couramment et semblent soulager cette tension stomacale. Ces éructations sont les unes inodores, les autres d'odeur infecte, nidoreuse (œufs pourris).

Les gaz rendus par l'anus sont en général nombreux. Ils apparaissent à une heure tardive de la digestion, avec une fréquence et une abondance parfois extraordinaires dans un court espace de temps, par crise pourrait-on dire.

Les troubles de la digestion intestinale peuvent aussi se révéler par la présence dans les matières d'aliments non digérés (lientérie).

Du côté des viscères annexes, nous citerons, après Germain

Sée, Malibran, de Langenhagen, les troubles de la sécrétion biliaire, se révélant par la décoloration intermittente des fèces avec ou sans modification apparente du volume du foie. Pour Glénard (1), les troubles hépatiques seraient la règle et interviendraient dans la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse.

La vessie peut, elle aussi, être sujette à des spasmes qui causent de la dysurie, du ténésme vésical, des mixtions douloureuses.

Après le repas, on peut observer les phénomènes cardio-pulmonaires signalés par Teissier (2) et Potain (3) dans les affections gastro-intestinales.

Les phénomènes cardiaques sont les plus fréquents : ils consistent habituellement en palpitations. Le professeur Potain a observé une dame dont le pouls battait 128 pulsations par minute, au lieu de 88 dans les intervalles des crises ; « il était très irrégulier et témoignait bien que le cœur était dans un véritable état d'affolement ».

Quelquefois ce sont des phénomènes douloureux dont se plaignent les malades : gêne précordiale ou douleurs aiguës, « véritable angine de poitrine par son intensité » (Potain). L'apparition de ces phénomènes survient généralement 2 ou 4 heures après le repas.

La dyspnée est assez fréquente ; elle est d'origine purement réflexe, nerveuse, car, dans la pluralité des cas, le tympa-

(1) GLÉNARD, *Les Ptoses viscérales*.

(2) TEISSIER, Accidents cardiaques dans les maladies de l'intestin, *Congrès Montpellier*, 1879.

(3) POTAIN, *id.* et de la colite chronique, *Sem. médic.*, 1887.

nisme abdominal faisant défaut, on ne peut incriminer la gêne mécanique.

Le réflexe du côté de la circulation pulmonaire a pu être assez fort, d'après Teissier, pour amener une insuffisance tricuspidienne passagère.

Les troubles du côté du système nerveux sont encore plus frappants et plus nets. C'est dans la sphère sensitivo-motrice : du tremblement généralisé pendant les digestions, des douleurs vagues, passagères dans les membres, une sensation de lassitude allant jusqu'à la lipothymie, au vertige.

Au nombre des troubles subjectifs de la sensibilité générale, Mercier (1) signale les céphalées, les accès de migraines, qui accompagnent souvent les crises intestinales, des arthralgies réflexes ou sympathiques principalement au niveau des genoux, de la lombalgie et des douleurs sur le trajet du crural et quelquefois au niveau des cordons spermatiques et des testicules.

De Langenhagen rapporte deux observations personnelles, où les accidents prirent une allure inquiétante ; nous ne saurions mieux faire que de lui en emprunter le récit.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un médecin « qui s'observait de très près et était sujet à des accès extrêmement pénibles qu'il décrivait ainsi : brusquement, sans avertissement, dans le jour ou encore pendant la nuit, et se réveillant alors en sursaut, il pâlisait, son corps se couvrait d'une sueur froide, son pouls devenait misérable, presque incomptable, et, sans être pris d'une véritable syncope, ayant conservé toute sa connaissance et toute sa conscience, il sentait

(1) MERCIER, *De la colite chronique*. Thèse Paris, 1888.

la vie qui se retirait de lui ; il avait positivement, suivant sa propre expression « la sensation de la vie qui s'éteint ». Cette affreuse angoisse durait quelques secondes, une ou deux minutes au plus ; puis peu à peu elle disparaissait, le pouls se raffermissait et les téguments reprenaient leur coloration. Rien dans l'auscultation du cœur ne pouvait expliquer ces accidents terrifiants ».

Dans l'autre cas, il s'agit d'une malade qui, dans l'espace de trois semaines, eut deux crises nocturnes analogues. « Voici comment les choses se passaient : la patiente, atteinte d'une entéro-colite muco-membraneuse très sérieuse, se réveillait, au milieu de la nuit, se sentant froide et glacée ; en même temps, elle sentait une angoisse indéfinissable, accompagnée de gêne respiratoire et de manque d'air ; il lui semblait avoir un poids, non pas sur la poitrine, mais sur le ventre, au niveau du côlon transverse, et c'est ce poids qui l'empêchait, disait-elle, de respirer. Cette crise, moins aiguë peut-être que celle du malade précédent, durait beaucoup plus longtemps, deux heures environ ; et, au plus fort de l'accès, cette femme croyait aussi qu'elle allait mourir et faisait ses adieux à son entourage. Le tout se terminait par un besoin impérieux d'aller à la selle et une diarrhée absolument liquide. »

Nous-même, nous avons eu connaissance de crises semblables. Le récit nous en a été fait par le mari d'une malade atteinte de colite muco-membraneuse. Cette sensation angoissante de mort prochaine « de la vie qui s'en va » suivant les termes du narrateur, s'accompagnait de sueurs froides et d'incapacité motrice.

Dans la sphère psychique, les phénomènes qui accompa-

gnent la digestion stomacale sont aussi caractéristiques. C'est une fatigue intellectuelle, avec torpeur, incapacité de fixer l'attention et diminution passagère de la mémoire. Quelquefois surviennent des moments de mélancolie, « d'abattement profond, de tristesse telle qu'elle peut s'accompagner d'une véritable tendance au suicide » (Potain).

Le besoin irrésistible de sommeil, véritable crise de narcolepsie, peut aussi être observé.

Les réflexes du côté des nerfs vaso-moteurs se traduisent par du ptyalisme, de la moiteur des extrémités, des alternatives de rougeur et de pâleur de la face.

Les organes des sens ne sont pas toujours indemnes ; les malades se plaignent quelquefois de bourdonnements, de sifflements d'oreilles, d'obnubilation passagère de la vue, de mouches volantes. Vouzelle (1) rapporte un cas d'amaurose passagère, observé par de Langenhagen ; « il s'agissait d'un médecin, M. L..., habitant rue du Bac, atteint de colite membraneuse intense depuis près de 15 ans. Dès longtemps, il était sujet à des phénomènes réflexes de tout ordre, palpitations, vertiges, bourdonnements, quand un jour, à l'occasion d'une crise paroxystique, il fut pris brusquement d'amaurose de l'œil gauche. Cette amaurose persista quelques heures seulement, mais reparut les jours suivants à quatre reprises différentes, si bien que le malade put faire examiner son fond d'œil par de Wecker au moment même d'une crise. L'examen fut négatif en tout point, on ne trouva aucune modification même circulatoire. »

Symptômes objectifs. — Les différents moyens physiques

(1) VOUZELLE. *De la colite muco-membraneuse*. 1899.

d'investigation devront être employés simultanément ou successivement.

L'inspection renseigne sur la forme générale de l'abdomen. Les indications qu'elle pourra fournir ne seront pas d'une grande utilité. Toutes les formes décrites d'abdomen peuvent se rencontrer : ventre plat aussi bien que prolabé, en tablier, à triple saillie, en besace, en sablier. Chez le même malade, suivant les moments, on trouvera un ventre aplati ou ballonné.

La palpation fournira, au contraire, des données d'une grande utilité. Elle devra se pratiquer, suivant les règles classiques, le malade dans le décubitus dorsal, les genoux pliés, la tête et les épaules légèrement soulevées, la respiration étant large et profonde, la bouche entr'ouverte. Glénard conseille la palpation dans le décubitus dorsal, les jambes étendues ; on se place du côté gauche du malade, ce qui, à un moment donné, permet de s'asseoir sur le lit à côté de lui.

Quelle que soit la position que l'on donne au patient, on devra toujours palper largement avec la face palmaire des doigts des deux mains rapprochées et maintenues en contact. Les paumes des mains seront parallèles à la paroi abdominale ; les doigts légèrement recourbés en crochet par la flexion des dernières phalanges sur les premières ; les extrémités digitales exactement sur une même ligne, parallèle à la direction générale des organes que l'on examine.

La palpation superficielle nous renseignera tout d'abord sur la consistance générale du ventre, sur l'état du pannicule adipeux sous-cutané, que l'on pourra prendre entre deux doigts pour en mieux apprécier l'épaisseur. On explorera l'état de contractilité et la résistance de la couche musculo-apo-

névrotique. Ce sont là des données extrêmement variables et accessoires.

En exerçant une pression lente, progressive et soutenue, on arrivera presque toujours, sans trop de difficulté, à déprimer assez la paroi abdominale pour explorer les viscères. Cette exploration sera favorisée dans certaines régions (fosses iliaques) par le plan résistant de la paroi postérieure. Par des mouvements de glissements, effectués de dedans en dehors et répétés plusieurs fois de suite, on pourra se rendre un compte exact de l'état du côlon. C'est surtout sur cet organe que devront porter les recherches.

Les sensations que fournira cet examen sont très variables suivant les individus et les moments chez le même malade, à en juger par les différents aspects décrits par les auteurs.

De Langenhagen signale comme fréquente la sensation suivante : « au lieu d'être fermes et élastiques comme à l'état normal, les parois intestinales sont dans un état d'atonie et de relâchement complets ; toute résistance, toute tonicité ont disparu de leurs parois qui paraissent amincies et donnent presque la sensation de l'intestin qu'on palpe sur la table d'ampithéâtre, ou bien celle d'une loque, d'un chiffon sans consistance qu'on pétrirait entre les doigts. Cette sensation est caractéristique de l'atonie intestinale et de la colite consécutive. Je propose de lui donner un nom, qui rend bien l'impression perçue, et de l'appeler *sensation de l'intestin chiffon*. »

A côté de cette mollesse particulière, on trouve, dans certains endroits, un intestin distendu par les gaz, donnant la sensation d'un gros boudin dépressible. La compression exer-

cée alors sur ce segment intestinal produit un bruit de gargouillement dénotant la présence de gaz et de liquide ; on peut aussi obtenir un affaissement durable ou fugace de l'anse dilatée.

Tous les auteurs s'accordent à considérer les spasmes intestinaux comme fréquents dans l'entéro-colite muco-membraneuse. La contraction spasmodique est locale et segmentaire ; locale, en ce sens qu'elle n'affecte qu'une portion du côlon ; segmentaire, par le fait que tout un segment est contracturé. L'intestin revenu sur lui-même, diminué de calibre, donne alors la sensation d'un tube épais, résistant, mais élastique, roulant sous les doigts. Cette sensation spéciale est caractéristique, cette « corde », « ce tube » glisse pendant un temps, entre le plan profond, résistant et les mains qui dépriment la paroi puis s'échappe brusquement en produisant un ressaut très net.

Comme le fait remarquer le professeur Potain, cette sensation sera d'autant plus nette au niveau du cæcum et de l'S iliaque que ces deux segments intestinaux reposent sur la paroi postérieure résistante des fosses iliaques. Le côlon transverse, outre qu'il serait plus rarement atteint, glisse sous les doigts et échappe à la palpation.

Tel n'est pas l'avis de Glénard qui a décrit cet aspect particulier de rétraction, au niveau du côlon transverse, en lui donnant le nom de *corde colique*. Pour lui, ce serait là un signe pathognomonique de l'entéroptose.

Quoi qu'il en soit, il est un fait sur lequel on ne saurait trop insister, c'est la variabilité de l'état intestinal : les intermittences de spasmes et d'atonie, de contracture et de dilatation. Telle partie qui, un jour, est contracturée, le lende-

main, sera dilatée à l'extrême ou réciproquement ; au-dessus de la corde intestinale due à la contracture, on trouve, par contre, une dilatation.

Enfin, la palpation permettra, le plus souvent, de trouver une portion de l'intestin encombrée par des matières stercorales sous forme d'une masse pâteuse ou, au contraire, sous celle de scybales roulant sous les doigts.

On comprend que, dans ces conditions, la percussion ne soit pas d'un grand secours ; elle trouvera cependant son emploi dans l'examen systématique des divers viscères qui doit toujours suivre l'examen spécial du côlon.

L'estomac pourra être dilaté, et il sera quelquefois difficile de différencier le clapotage stomacal de celui qu'on peut obtenir au niveau du côlon.

Mais le clapotement stomacal donne nettement l'impression d'un liquide qui s'agite et vient se briser sur les parois : c'est une sensation de flot ; tandis que le gargouillement intestinal est dû au passage de gaz à travers des matières semi-liquides : de là une sensation de bulles qui éclatent sous la main ; de bruits de gargouillement, un peu comparables à ceux produits par des gaz traversant un liquide. Du reste, le changement d'attitude du malade déplace le siège du clapotage sans modifier celui du gargouillement.

Dans le doute, il est d'une bonne pratique de vider l'estomac à l'aide de la sonde, puis de le distendre soit par l'insufflation, soit par l'ingestion d'un mélange effervescent.

La percussion et la palpation de l'estomac, ainsi dilaté artificiellement, permettront d'en préciser les limites.

Le foie paraît être hypertrophié dans certains cas, atrophié dans d'autres, normal dans la majorité.

Enfin on devra terminer l'examen de l'abdomen par la recherche du rein mobile, complication assez fréquente de l'entéro-colite muco-membraneuse surtout chez la femme. L'exploration de cet organe se fera par les procédés spéciaux.

Nous devons ajouter que l'exploration de l'abdomen, pendant les intervalles de crises, est peu ou pas douloureux. Cependant il n'est pas rare que l'on réveille une douleur assez vive lorsqu'une portion contracturée du côlon glisse sous les doigts et s'échappe en donnant cette sensation spéciale de ressaut que nous avons signalée.

CHAPITRE V

Crises d'entéralgie au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Il se peut qu'au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, différents symptômes, que nous n'avons pas encore étudiés, viennent s'ajouter à ceux signalés précédemment. Il se forme alors des groupements morbides, syndromes à allures paroxystiques, qui interrompent la marche chronique de l'affection. Ces « crises », véritables poussées aiguës, ou subaiguës, sont d'autant plus importantes à bien connaître, qu'elles peuvent occasionner de graves méprises de diagnostic.

Tous les auteurs, qui ont étudié l'entéro-colite muco-membraneuse, les signalent, en attachant plus ou moins d'importance à leur description. Malibran (1) en a donné une description d'ensemble qui mérite d'être reproduite en entier. Il insiste particulièrement sur le bien-être relatif des malades pendant les périodes de constipation. « Pendant qu'ils sont constipés, leur état est satisfaisant, et leur appétit convenable, leurs forces moyennes. Ils iraient même de mieux en mieux pendant ce repos absolu, trop absolu de l'intestin. Mais, sous l'influence d'une cause insignifiante, froid, fatigues, ingestion d'une substance tant soit peu irritante, tenta-

(1) MALIBRAN, *loc. cit.*

tive, même légère, pour sortir de cette constipation, ou bien sans autre cause que l'accumulation progressive des matières fécales dans l'Siliaque, les voilà bientôt pris d'une débâcle formidable, avec scybales, flux diarrhéique, parfois sanguinolent, selles dysentériiformes, douleurs abdominales atroces, ténésme anal, et même phénomènes de cystite (Wannebroucq). Quand ils sortent de cette crise, ils sont épuisés, sidérés. Par voie réflexe cette poussée de colite a retenti sur les centres nerveux. Leur facies est pâle, jaune, leurs yeux sont creux, leurs forces sont défaillantes, leur pouls est misérable et ils sont dans un état syncopal presque permanent. Le lendemain, les jours suivants, l'appétit s'exalte d'une façon morbide, il existe un besoin de réparation impérieux ; mais la prostration ne cesse que graduellement, et pendant quelque temps il faut lutter contre les douleurs et chercher à reconstituer le malade pour lui procurer un répit réparateur.

Il lui en coûte d'aller à la selle de cette façon ; il préfère sa constipation ; il ne sort de cette période dangereuse qu'après s'être asfreint à une hygiène sévère et après avoir trouvé le laxatif de choix pour régulariser son intestin. Dans certaines circonstances, il y a plus qu'une poussée de colite aiguë ; la complication prend les proportions d'une véritable entéro-colite aiguë, fébrile, intense et durable, dont le patient n'est délivré complètement qu'après plusieurs semaines, après avoir eu des symptômes de péritonite ou de péritonisme. »

Bien qu'en clinique, les différents types ne se trouvent pas aussi tranchés que nous allons l'établir, il nous a semblé utile de décrire séparément plusieurs variétés de ces crises.

D'après la lecture des observations d'entéro-colites muco-membraneuses et l'analyse des commentaires dont les auteurs les font suivre, nous croyons qu'on peut proposer la classification suivante :

1 ^o Crises d'entéralgie.	{	A. GÉNÉRALISÉE.	{	Simple. A type d'obstruction intestinale. Dysentérique.
		B. LOCALISÉE.	{	Type gastralgique. Type de sigmoïdite. Type néphrétique. Type hépatique. Type de typhlite. (Entéro-typhlo-colite (Dieulafoy).

2^o Crises à allures infectieuses (FORME TYPHOÏDE).

Ces crises aiguës présentent des caractères communs dans leurs prodromes et dans leurs terminaisons.

On ne saurait trop insister sur ces *caractères prodromiques*, dont la valeur séméiologique est considérable.

Prodromes. — La crise débute rarement subitement ; elle est précédée pendant plusieurs jours par une recrudescence des symptômes principaux et secondaires. Souvent on peut trouver une cause nette, déterminante. Celle-ci est extrêmement variable suivant les sujets, c'est tantôt un changement brusque dans les habitudes, dans les règles d'hygiène que s'est imposées le malade, tantôt il faut incriminer l'alimentation : le changement de régime, une nourriture plus abondante, l'ingestion de vin généreux, de liqueurs fortes, de café dans quelques cas. Dans d'autres circonstances, il faut rechercher la cause de ces paroxysmes dans la sphère psychique : les dépressions morales, dues soit à une fatigue intellectuelle, soit aux émotions vives, quelle que soit, du

reste, leur nature ; la fatigue cérébrale occasionnée par les veilles, les excès de travail agissent de même. Le froid, l'humidité ont pu être incriminés.

Sous l'influence de ces différentes causes, les malades voient leur constipation augmenter : les matières deviennent plus sèches et moins abondantes. Les évacuations alvines s'espacent.

Si l'on n'intervient pas d'une façon active et raisonnée, les selles peuvent se supprimer pendant plusieurs jours, en tout cas, elles sont tout à fait insuffisantes. Cependant les digestions deviennent plus pénibles, le gonflement de la région stomacale, les éructations, la torpeur augmentent après le repas.

Trois ou quatre heures après l'ingestion d'aliments, quelquefois plutôt les douleurs coliques se montrent avec plus de violence ; dans l'intervalle des paroxysmes, persistent une gêne, une pesanteur, un endolorissement profond.

Le sommeil est agité, les réveils fréquents, soit par augmentation de la douleur, soit à la suite de rêves, de cauchemars.

L'appétit diminue, sans toutefois arriver encore à l'inappétence complète. Le matin, à jeun, la langue paraît plus saburrale. Dans quelques circonstances, comme dans certaines observations que nous rapportons (Obs. X), il y a un état particulier du palais et de la langue : c'est une sensation douloureuse, sorte de picotements, avec sentiment d'hypertrophie des papilles. Dans ce cas, on note également une sécheresse particulière avec une légère douleur des tonsilles.

Dans les cas particulièrement favorables, surtout si l'on a pu combattre la constipation, soit par un purgatif léger, soit par de grands lavages intestinaux, les choses en restent là. Une débâcle diarrhéique survient.

Les selles se répètent plusieurs fois de suite, pendant un ou plusieurs jours. Les premières matières rendues sont dures, fragmentées, ovillées, accompagnées de mucus, et de débris de fausses membranes en quantité variable nageant dans un liquide d'odeur infecte. Bientôt elles deviennent franchement liquides, puis puréiformes. Enfin la constipation habituelle s'établit de nouveau, et tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle crise.

Comme on le voit, cette période prodromique n'est marquée que par la recrudescence des différents symptômes cardinaux et secondaires : constipation, douleurs, troubles digestifs, phénomènes réflexes nerveux.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Si l'on n'intervient pas, ou si l'on intervient contre la constipation par une thérapeutique maladroite, en administrant un purgatif violent (purgatif salin ou drastique) les symptômes empirent, et une crise violente survient, suivant une des modalités cliniques, que nous allons essayer d'établir.

1^o Crises d'entéralgie. — Dans ces crises, ce qui domine surtout ce sont les phénomènes douloureux. La douleur peut être généralisée ou localisée. Dans le premier cas, suivant la durée de la crise, suivant les phénomènes réactionnels qui l'accompagnent, on peut voir se dérouler le tableau de l'entéralgie simple ou celui de l'étranglement interne ou encore un complexe symptomatique rappelant la dysenterie.

Lorsqu'au contraire la douleur est plus particulièrement localisée à un segment du côlon, à ses angles ou au cæcum particulièrement, l'aspect clinique de la crise rappelle soit la gastralgie soit les paroxysmes douloureux néphrétiques, hépatiques, ou appendiculaires. Cette multiplicité de formes est

justifiée, d'après nous, par l'étude des observations que nous rapportons. Les difficultés de diagnostic que font naître ces modalités différentes de la crise entéralgique de l'entéro-colite muco-membraneuse nous engagent à tâcher d'en préciser les caractères,

A. CRISES D'ENTÉRALGIE GÉNÉRALISÉE. — *Entéralgie simple*. — La crise douloureuse éclate subitement au milieu des symptômes que nous venons d'étudier dans la période prodromique.

La douleur débute soit dans un point de l'abdomen, et alors se généralise très vite, ou est d'emblée généralisée. En tout cas, elle atteint rapidement son maximum d'intensité. C'est pour décrire cette douleur que des malades ont les expressions si imagées que nous avons rapportées quand nous nous sommes occupé de la douleur en général. Elle s'accompagne souvent de phénomènes réactionnels variables, pâleur de la face, sueur froide, pouls petit, quelquefois même angoisses, facies grippé, état syncopal.

Elle est augmentée par la pression, les mouvements respiratoires, la contraction de la sangle musculo-aponévrotique abdominale.

Elle semble, au contraire, diminuée par le repos, au lit, soit dans le décubitus dorsal, soit dans le décubitus ventral. La compression forte et large de l'abdomen paraît soulager les malades, de là, les différentes manœuvres auxquelles ils se livrent ; compression de l'abdomen avec les deux poings, interposition entre le ventre et les cuisses des bras croisés, d'un oreiller, pendant que le corps est fortement fléchi sur les cuisses.

La durée de la crise est fort variable : quelques minutes, quelques heures, un jour, une semaine.

Dans les cas de crises prolongées, l'entéralgie devient paroxystique. Entre chaque paroxysme douloureux, le malade se plaint continuellement d'une douleur sourde profonde, plus ou moins aiguë. Sans raison, ou à la suite d'une tentative d'alimentation, d'un mouvement, d'une inspiration profonde, la douleur paroxystique reparaît tellement violente qu'elle arrête quelquefois la respiration.

C'est dans ces crises de longue durée que l'on peut voir survenir de la fièvre, donnant lieu à l'accélération du pouls et à l'élévation de température, des nausées et des vomissements, de la torpeur intellectuelle, quelquefois même du subdélire. Les évacuations alvines sont rares, constituées seulement par des scybales, des matières ovillées, avec ou sans mucosités. Celles-ci apparaissent à la fin de la crise.

La crise d'entéralgie se termine toujours par une débâcle de matières stercorales, dures, rendues en abondance, avec des matières liquides, quelquefois du sable, toujours avec une quantité notable de mucus seul ou accompagné de fausses membranes. Les évacuations purement muqueuses ne sont pas rares.

Ce paroxysme douloureux peut être unique, quelle qu'ait été d'ailleurs sa durée. Après la débâcle, le malade éprouve un grand soulagement et est quitte de ses douleurs pour un temps variable.

Dans d'autres circonstances, les paroxysmes douloureux, séparés par des accalmies complètes, se reproduisent plusieurs jours de suite. La succession de ces crises peut ainsi donner lieu à un véritable état de mal. De Langenhagen (1) cite l'ob-

(1) DE LANGENHAGEN, *loc. cit.*

servation d'une de ses malades, qui avait plusieurs fois par jour une petite crise, « on la voyait pâlir, ses traits se grippaient pendant quelques instants, puis la colique se passait; quelques minutes après, nouveau petit accès fugitif, et après quelques souffrances ainsi répétées, survenait une expulsion glaireuse qui terminait le tout : elle était tranquille alors pour quelques heures ».

Comme on le voit, réduites au minimum de durée, ces crises d'entéralgie ne sont qu'une exagération des coliques que nous avons décrites avec les douleurs habituelles. Mais leur répétition d'une façon subintrante, ou leur durée anormalement prolongée, ainsi que les phénomènes réactionnels dont elles s'accompagnent, leur donnent des caractères cliniques très tranchés.

Pendant les crises, le ventre est en général météorisé, douloureux à la pression. Cependant par des manœuvres douces et patientes, on peut pratiquer la palpation. Il est facile alors de s'assurer que le maximum de la douleur a un siège le plus ordinairement périombilical, dessinant un fer à cheval à concavité inférieure. Elle est donc assez exactement superposée au côlon.

Le ventre est toujours souple et dépressible, sans défense musculaire, ni hyperesthésie cutanée, la palpation profonde est donc possible, si l'on y met quelque douceur. Le côlon, dans toute son étendue parfois, semblere venu sur lui-même, contracturé, donnant la sensation de résistance d'un tuyau de caoutchouc; quelquefois même cette rénitence spéciale fait place à une dureté tout à fait comparable à celle d'un tuyau de plomb.

Chez certains malades, suivant le moment où l'on pratique

l'exploration, on peut trouver une contracture généralisée, ou au contraire partielle, segmentaire. Dans ces derniers cas, la portion intestinale, revenue sur elle-même sépare deux dilatations ampoulaire, remplies de gaz ou de matières ; si cette disposition (portion contracturée alternant avec des dilatations) se reproduit sur une certaine étendue, le côlon donne à la main la sensation d'un chapelet à grains énormes.

La palpation du côlon est toujours douloureuse pendant les crises. La douleur est cependant supportable ; elle devient très aiguë, exquise lorsque le côlon, après avoir roulé sous les doigts qui palpent, s'échappe brusquement en donnant la sensation nette de ressaut. A ce moment précis, un cri du malade, un mouvement brusque de sa part, ou une contraction réflexe de la paroi abdominale, témoignent de sa douleur.

Lorsque la crise s'est prolongée pendant quelques jours, le malade ne revient pas brusquement à son état de santé ordinaire. Pendant quelque temps, il se trouve courbaturé, mal à l'aise. L'appétit reparait en général assez vite, et petit à petit le malade reprend sa vie antérieure. Seule la constipation ne tarde pas à remplacer la crise diarrhéique, spontanée ou provoquée, qui y a mis fin.

Entéralgie à type d'obstruction intestinale (Obs X, XI). — Les accidents que nous venons de décrire peuvent aller quelquefois, par l'adjonction d'autres phénomènes morbides, jusqu'à simuler l'étranglement interne.

L'observation lue, en 1868, à la Société médicale des hôpitaux par le Dr Guyot en est un cas typique. Nous en reproduisons un résumé (Obs. XI).

Dans ces cas, la constipation se prolonge, la débâcle diarrhéique tarde à se faire ; le cours des matières est complète-

ment interrompu ou bien le malade n'a que des selles d'une rareté extrême, d'une quantité très minime. L'émission des gaz par l'anus est supprimée, ou très diminuée ; par contre, les vomissements peuvent apparaître, d'abord alimentaires, empêchant l'ingestion même des liquides, ils deviennent verdâtres, rarement, toutefois, nettement porracés, quelquefois fécaloïdes (Soupault) (1).

La face est grippée, les sillons naso-labio-géniens sont creusés ; le teint est terreux, verdâtre, le facies exprime l'abattement ; le pouls misérable est dépressible, d'une grande rapidité. Le visage se couvre de sueurs froides, on peut noter du refroidissement des extrémités, de la tendance à la syncope. Le ventre est ballonné, distendu, météorisé, douloureux à la pression.

Au bout d'un temps variable, de trois à cinq jours environ pendant lesquels ces symptômes, d'abord légers, ont été en s'aggravant progressivement, une violente débâcle intestinale, avec ses caractères ordinaires, s'établit et juge la nature des accidents.

Entéralgie dysentérique. — Dans ce type clinique apparaissent des symptômes fixant l'attention du côté du rectum et rappelant, par leur nature, ceux de la dysenterie.

Cette variété a été bien décrite par Lasègue (2) sous le nom de « dysenterie du côlon transverse ». Depuis, elle a été signalée par différents auteurs, entre autres par MM. Mathieu et Soupault.

La débâcle diarrhéique s'établit de bonne heure. Les dou-

(1) Entérite muco-membraneuse, in *Manuel de médecine Debove-Achard*.

(2) LASÈGUE, Leçon sur les maladies du gros intestin et, en particulier, sur les affections dysentériques, *Etudes médicales*, t. II, p. 1884.

leurs abdominales vives s'accompagnent d'envies fréquentes et impérieuses, d'épreintes, de ténésme anal. Les selles liquides, infectées, contiennent du mucus, sous forme de frai de grenouilles, de glaires sanguinolentes que l'on a comparées aux crachats de la pneumonie, de débris de fausses membranes semblables à de la lavure de chair. Quelquefois on trouve même du sang en nature, provenant soit d'hémorroïdes concomitantes, soit d'éraillures muqueuses ou de simples phénomènes congestifs comme l'admet le professeur Potain.

C'est dans ces cas que l'on peut aussi observer de la dysurie, du ténésme vésical (Mathieu, Galliard).

B. CRISES D'ENTÉRALGIE LOCALISÉE. — Ces crises méritent une description à part, non tant à cause des symptômes qu'elles présentent que par la localisation fixe, précise de la douleur. Ce caractère particulier est relevé assez fréquemment, aussi bien dans nos observations inédites que dans celles que nous avons empruntées à nos devanciers. La localisation reste habituellement fixe pendant toute la durée de la crise ; quelquefois, par contre, elle peut n'être que temporaire, la généralisation se fait, et la crise revêt alors, dans son allure clinique, un des types d'*entéralgie généralisée*. Dans d'autres circonstances, cette crise localisée se prolonge, les débâcles intestinales, qui y mettent fin, se font attendre, et l'on voit se dérouler alors le tableau de la pseudo-obstruction intestinale.

Parmi les différents types que nous avons admis dans cette variété de crises d'entéralgie localisée, il en est deux que nous ne ferons que signaler : les types de *gastralgie* (obs. XII) et de *sigmoïdite* (Obs. XIII, XIV, XV). En dehors de leur localisation précise, ces crises présentent les symptômes sur les-

quels nous avons insisté dans les crises d'entéralgie généralisée.

Les trois autres types doivent être retenus ; les appellations sous lesquelles nous les désignons, montrent clairement l'importance de leur étude pour le diagnostic.

Type néphrétique (Obs. XVI). — La douleur est nettement localisée au niveau d'un des angles du côlon, dans les hypochondres par conséquent, profondément au-dessous des fausses côtes. Si les prodromes ont été légers, si le malade habitué à sa constipation n'en fait pas mention, on peut se croire, au premier abord, en présence d'une colique néphrétique, d'une hydronéphrose intermittente, ou encore des accidents du rein mobile. Cela d'autant plus facilement que la néphroptose n'est pas rare dans l'entéro-colite muco-membraneuse, celle-ci peut aussi s'accompagner, mais rarement, il est vrai, de douleurs du côté du cordon, des testicules et de troubles dans l'émission des urines : ténesme vésical, dysurie. Au chapitre du *Diagnostic* nous aurons à rechercher les caractères distinctifs de ces affections. A vrai dire le malade, tout en accusant le maximum de douleur au niveau de l'angle colique, se plaint toujours d'irradiations sur le trajet du côlon transverse, toute cette région est endolorie et la palpation en est très douloureuse. Dans quelques cas particulièrement faciles, la dépression de la paroi abdominale pourra être poussée assez loin, malgré la douleur, pour permettre l'exploration directe du côlon. On aura alors la sensation très nette de la corde colique et la douleur sera vive, aiguë quand l'intestin roulera sous les doigts. Enfin tous ces phénomènes douloureux disparaîtront progressivement quand la débâcle diarrhéique s'établira.

Type hépatique (Obs. XVII). — Lorsque cette douleur localisée siège dans l'hypochondre droit, on pourrait aussi prendre la crise d'entéro-colite pour une colique hépatique fruste sans ictère. Encore faut-il se rappeler qu'on a signalé des poussées congestives du côté du foie s'accompagnant d'endolorissement de l'organe, de teinte subictérique des conjonctives et même parfois de la décoloration des fèces ! (Malibran, de Langenhagen). Nous verrons, au diagnostic, sur quels signes on peut différencier ces crises de celles de la colique hépatique avec laquelle elles ont été quelquefois confondues.

Type de typhlite (entéro-typho-colite) (Dieulafoy). — (Obs. XVIII, XIX, XX). — Dans sa communication à l'Académie de médecine (1897) et dans sa leçon clinique sur le « Diagnostic de l'appendicite » (1), le professeur Dieulafoy a insisté longuement sur ces crises, qu'il différencie radicalement de l'appendicite avec laquelle elles peuvent être et ont été confondues.

Nous verrons, quand nous traiterons, au chapitre des complications, des rapports entre l'entéro-colite et l'appendicite, que cette assertion paraît exagérée pour la majorité des auteurs. Qu'il nous suffise de dire, pour le moment, que quelques-unes de ces crises d'entéro-colite, ayant le cæcum pour siège, pourraient bien aussi s'étendre à son appendice. Il s'agirait, dans ces cas, plutôt d'une appendiculo-typhlo-colite.

La douleur, en tout cas, est localisée à la fosse iliaque droite, elle est diffuse, mais à maximum répondant au colon

(1) *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899.*

ascendant, avec irradiations fréquentes sur le trajet du côlon transverse.

La région cœcale, bien que douloureuse, ne présente ni empâtement, ni défense bien nette. On peut, avec patience et douceur, la déprimer et arriver ainsi sur le cæcum qui semblera ou contracturé, rétracté et douloureux, ou, au contraire, distendu par des matières, des gaz (boudin cœcal).

Si le traitement, dit constipant, n'est pas établi, la débâcle diarrhéique ne tardera pas à juger la nature des accidents.

2° Crises à allures infectieuses (*Forme typhoïde*) (Obs. XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI). — C'est à cette forme particulière de crise que semble se rapporter la description que Merland de Chaillé (1) donne des phénomènes généraux qui lui permettent d'annoncer l'expulsion de fausses membranes. Il insiste sur le début brusque avec un peu de fièvre, l'accélération du pouls, qui se ralentirait les jours suivants, l'insappétence, la courbature, les rêvasseries, le peu d'intensité des douleurs abdominales, qui pourraient même manquer. Le ventre serait non météorisé, la langue saburrale blanchirait et se nacrerait de plus en plus sur sa face dorsale.

Mathieu a établi nettement cette forme (2), il décrit des phénomènes fébriles (39° ou 40°) des symptômes d'embarras gastrique, la langue est sale et saburrale ; il y a de la céphalalgie, de la courbature généralisée. Ces différents symptômes, joints aux troubles intestinaux, douleurs, coliques, avec prédominance et gargouillement quelquefois dans la fosse iliaque

(1) MERLAND DE CHAILLÉ, note pour servir à l'histoire de l'entérite muco-membraneuse, *Union médic.*, 1868.

(2) MATHIEU. traitement de l'entéro muco-membraneuse, *Gaz. des hôpitaux*, 1897.

droite, justifient bien le qualificatif de typhoïde donné à cette forme. Cependant l'affection ne tarde pas à tourner-court, quand survient la débâcle diarrhéique.

Quelqu'éfois les phénomènes infectieux généraux sont moins marqués ; la fièvre seule se montre pendant quelque temps. Plusieurs de nos observations présentent cette particularité.

CHAPITRE VI

Formes cliniques chez l'adulte.

L'entéro-colite muco-membraneuse a une allure clinique tellement variable, dans sa marche, et dans l'intensité de ses symptômes, qu'il est nécessaire de créer plusieurs types.

Germain Sée (1) admet deux formes : une forme latente, sans symptôme de dyspepsie, et la forme ordinaire avec dyspepsie. M. Mathieu (2) reconnaît à l'affection trois formes : La forme bénigne, la forme avec crises aiguës ou subaiguës (dysentérieformes ou typhoïdes), la forme chronique.

L'étude des nombreuses observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale, et des quelques faits qu'il nous a été donné d'observer nous-même, nous porte à décrire successivement les formes cliniques suivantes, chez l'adulte.

1° Une forme latente ;

2° Une forme commune, qui, elle-même, doit être subdivisée :

A) D'APRÈS SA MARCHE EN :

1° *Forme continue* ;

2° *Forme rémittente* ;

(1) GERM. SÉE, De l'entérite mucino-membraneuse et de son traitement, *Bull. médic.*, 1893.

(2) MATHIEU, Traitement de l'entérite muco-membraneuse, *Gaz. des hôpitaux*, 27 oct. 1894.

B) D'APRÈS L'EXAGÉRATION D'UN GROUPE DE SYMPTÔMES EN :

1° *Forme gastrique* ;

2° *Forme nerveuse* ;

C) D'APRÈS LA NATURE DE LA CONSTIPATION EN :

1° *Forme spasmodique* ;

2° *Forme atonique* ;

3° **Une forme continue grave.**

Quant à l'étude clinique de l'entéro-colite muco-membraneuse, dans l'enfance elle fera l'objet d'un chapitre spécial.

1° *Forme latente* (Obs. I). — Edwards (1) a rapporté une observation, qui répond en tout point à cette forme.

L'auteur insiste, avec raison sur l'absence complète de tout symptôme subjectif, il n'y avait ni colique, ni ténésme, ni tuméfaction, ni douleur. Cependant, depuis 3 ans, la malade ordinairement constipée, rendait des fausses membranes, dont la masse totale représentait environ 10 litres.

Il est à présumer que cette forme latente est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Beaucoup de personnes sont ordinairement constipées, et, comme elles n'éprouvent que peu ou pas de douleurs, elles traitent leur affection à la légère. Quelques-unes même, et cela se voit surtout chez les femmes, y trouvent plutôt un avantage. L'examen des matières n'est souvent pas effectué, rendu quelquefois même impossible, par la disposition spéciale des latrines commandée par le confort moderne et l'hygiène mieux entendue. Ce n'est donc que tout à fait par hasard que l'on découvrira dans les matières les mucosités caractéristiques de l'affection,

(1) EDWARDS, Membranous enteritis, *Americ. Journ. of the medical sciences*, 1888.

Cette forme est utile à connaître, car elle peut quelquefois s'accompagner de phénomènes secondaires qui déroutent l'observateur.

Elle n'est souvent que le prélude des formes communes, les précédant pendant de longues années.

C'est quelquefois, l'apparition d'une crise d'entéralgie, qui la fera reconnaître.

2° *Formes communes* (Obs. II à obs. XXII). — Le début des formes communes est assez difficile à préciser.

Aussi loin que remontent leurs souvenirs certains malades accusent une constipation opiniâtre entrecoupée par des épisodes aigus : gastro-entérite, indigestions, diarrhée.

D'autres, au contraire, assignent une date précise au début de leur affection. Pour eux ce n'est que la suite d'une dysenterie, d'une fièvre muqueuse qu'ils auraient eue quelques années auparavant, ou dans leur enfance. Dans la majorité de ces cas, un interrogatoire bien conduit, révélera que des troubles intestinaux, la constipation principalement, existaient bien avant l'apparition de la maladie incriminée. Cette dernière, comme on pourra s'en convaincre en faisant préciser les souvenirs du malade, n'a été qu'une de ces crises d'entéralgie dont nous avons précisé les modalités cliniques.

La même remarque s'adresse à ces crises de coliques hépatiques, de coliques néphrétiques ou d'appendicites que les malades accusent parfois comme ayant déterminé ou augmenté leurs troubles intestinaux.

Il faudra donc n'accepter qu'avec une grande réserve tous ces faits d'entéro-colite muco-membraneuse, à début aigu.

Dans la grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, le début est lent, insidieux, impossible à préciser.

Parvenue à sa période d'état, l'entéro-colite muco-membraneuse évolue suivant une de ces modalités cliniques, établies d'après la *marche, la prédominance d'un groupe de symptômes, la nature spéciale de la constipation.*

FORMES CLINIQUES D'APRÈS LA MARCHÉ.

Forme continue (Obs. II, III, IV). — Cette forme est une des plus fréquentes. Les différents symptômes sont permanents et persistent sans subir grande aggravation.

La constipation est ordinaire, quelle que soit du reste sa modalité. De temps à autre, quelquefois journellement, quelquefois à intervalle irrégulier de plusieurs jours, le malade se plaint de douleurs un peu plus fortes, survenant surtout trois ou quatre heures après le repas, ou encore dans la seconde partie de la nuit. Quelques-unes de ces douleurs ne tardent pas à prendre un caractère de coliques s'accompagnant d'un besoin pressant ; le malade rend alors des matières liquides, qui s'échappent « en fusées », des scybales, des matières ovillées, une quantité plus ou moins grande de mucosités. Après cette légère débâcle, qui peut ne donner lieu qu'à une selle ou à plusieurs en quelques heures, tout rentre dans l'ordre pour un temps. La constipation, avec ou sans mucosités, persiste cependant ainsi que les troubles digestifs : appétit variable, ballonnement, tension de la région épigastrique immédiatement après le repas.

La douleur céphalique, la tendance au sommeil, les poussées congestives, les malaises, parfois les angoisses, ou les nausées, apparaissent trois ou quatre heures, quelquefois plus tôt, après l'ingestion des aliments. Malgré tous ces symptômes,

l'état général du malade est satisfaisant et la nutrition ne paraît pas trop souffrir.

Forme rémittente (Obs. V à obs. XVII). — Cette forme ne diffère de la précédente que par sa marche qui est essentiellement rémittente. Soit sans causes connues, soit plutôt grâce à un régime sévère, rigoureusement et ponctuellement observé, les différents symptômes de l'entéro-colite muco-membraneuse s'amendent par période jusqu'à disparaître complètement. La constipation seule persiste, plus ou moins complète, plus ou moins modifiée dans sa modalité et par l'hygiène et par le traitement médicamenteux.

Entre ces périodes d'accalmies complètes, apparaissent des poussées subaiguës ou aiguës. Ce n'est souvent qu'une recrudescence de la constipation avec son cortège habituel de phénomènes généraux ; alors les mucosités sont rendues avec une abondance plus ou moins grande. Au bout de quelques jours, de quelques semaines, ces phénomènes disparaissent, tout rentre dans l'ordre. Mais aussi, il peut s'agir d'une des crises d'entéralgie dont nous avons fait une étude spéciale.

Quelquefois, dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, on ne rencontre qu'une de ces crises ; mais elles peuvent aussi se répéter plusieurs fois par an et plusieurs années de suite chez le même malade.

Nous rappellerons brièvement que la crise semble toujours préparée, pendant quelques jours, par l'exagération des différents symptômes et surtout de la constipation qui devient opiniâtre. Les écarts de régime, les dépressions psychiques, les fatigues, certaines conditions physiologiques : la menstruation, la grossesse ; les changements de temps : le froid, l'humidité paraissent nettement, dans certains cas, provoquer l'apparition de ces paroxysmes.

Les différents types cliniques, que nous avons établis parmi ces crises, ne se rencontrent pas tous avec la même fréquence. Le type fébrile, à forme typhoïde, semble très rare ; il en est de même du type d'entéralgie à forme d'occlusion intestinale.

Le type d'entéralgie généralisée nous semble le plus fréquent. Après lui, viennent les différents types d'entéralgie localisée, et, par ordre, les formes hépatiques, néphrétiques, à type de typhlite.

FORMES CLINIQUES D'APRÈS LA PRÉDOMINANCE D'UN GROUPE
DE SYMPTÔMES.

Forme gastrique (Obs. XI).— Dans ce type, doivent rentrer tous les cas où les phénomènes gastro-intestinaux prennent le premier rang.

Une division s'impose ; car il est des cas compliqués de phénomènes dyspeptiques, d'origine gastrique (nous étudions ces derniers au chapitre des complications) et des cas, où la digestion stomacale se faisant normalement, les troubles intestinaux sont seuls en cause.

Dans ces derniers cas, les seuls que nous avons en vue actuellement, les troubles digestifs sont des plus nets : troubles de l'appétit : diminution, caprice, ou augmentation (véritable boulimie) ; douleurs siégeant au niveau du creux épigastrique (côlon transverse) ; ballonnement, tension, pyrosis, flatulences, éructations d'odeur infecte (œufs pourris).

L'état saburral des voies digestives supérieures est constant : langue aplatie, humide, blanche avec enduit jaunâtre au centre, fétidité de l'haleine.

Forme nerveuse (Obs. XXXIX). — Cette forme se rencon-

tre presque exclusivement chez les prédisposés, les héréditaires.

L'entéro-colite muco-membraneuse a sur ce terrain particulier une action nocive indiscutable. On a même pu observer des troubles sérieux, de véritables névroses que nous étudierons avec les autres complications.

Les troubles psychiques que l'on observe de préférence dans ces cas sont ceux de la neurasthénie. Ils peuvent être si prononcés, qu'ils constituent la neurasthénie à forme gastro-intestinale que nous croyons, pour quelques cas, devoir rattacher à l'entéro-colite muco-membraneuse évoluant chez les prédisposés.

C'est aussi dans cette forme que l'on doit classer les cas où l'on observe des troubles cardio-pulmonaires d'origine réflexe (signalés par le professeur Potain), les cas d'amaurose transitoire (de Langenhagen), les cas qui s'accompagnent de vertiges, de lypothimies, de sensations de mort prochaine.

Ce sont là des cas qui sont heureusement rarement observés, et dans lesquels, nous le répétons, l'entéro-colite muco-membraneuse ne joue souvent que le rôle de cause occasionnelle. Le plus souvent même, elle ne fait qu'exagérer des symptômes jusque-là latents ou n'existant que d'une façon très atténuée.

FORMES D'APRÈS LA NATURE DE LA CONSTIPATION.

La constipation, comme nous l'avons vu, ne se rencontre pas toujours avec les mêmes caractères dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Ces aspects cliniques différents semblent tenir à sa cause même. Aussi, d'après Fleiner, Mathieu, Sou-

pault, avons-nous admis que ce syndrome paraissait sous la dépendance tantôt de l'atonie, tantôt d'un spasme de l'intestin.

Nous sommes donc en droit de décrire à l'entéro-colite muco-membraneuse une forme spasmodique et une forme atonique.

Forme spasmodique. — (La majorité de nos observations se rapporte à cette forme). C'est la plus fréquente. La constipation est ici caractérisée par le petit calibre, la petitesse et la fragmentation des matières fécales (constipation qualitative); les spasmes intestinaux plus ou moins douloureux sont fréquents. Les flux diarrhéiques ne manquent que rarement, ils peuvent se reproduire à de courts intervalles, presque journellement, comme cela arrive chez les « irréguliers de la défécation » de Beurnier; ils peuvent aussi n'apparaître qu'à de rares intervalles, au moment des crises d'entéralgie. C'est dans cette forme que la palpation du côlon donnera les sensations spéciales que nous avons décrites sous les noms de corde colique, de tuyau de plomb. On pourra trouver, il est vrai, une portion intestinale relâchée, remplie ou non de gaz, de matières, mais cette atonie partielle s'efface devant la constance et la violence des spasmes intestinaux qui semblent primitifs, quel que soit du reste leur point de départ central, ou périphérique, et alors local ou à distance.

Cette forme spasmodique de l'entéro-colite muco-membraneuse, ne diffère donc que par la présence des mucosités, de cette constipation que Fleiner a dénommée spasmodique en raison de la pathogénie spéciale qu'il lui assigne.

Forme atonique (Obs. XLI). — Cette forme clinique est plus rare, moins caractéristique.

C'est elle que l'on rencontre plus spécialement chez les

vieillards, chez les sujets dont le tissu musculaire lisse semble relâché, aussi vient-elle quelquefois compliquer l'atonie intestinale quelle que soit, du reste, la cause de cette dernière. Elle accompagne aussi la constipation due à la compression de l'intestin par une tumeur du voisinage.

La constipation qui la caractérise peut être totale, ou seulement horaire ou quantitative.

C'est à cette forme clinique qu'il faut sans doute rapporter les cas où la constipation a pu durer un mois, sans qu'il y ait de selles, comme chez la jeune fille dont le professeur Potain rapporte l'histoire. Malibran raconte qu'il a donné ses soins à une dame qui, sans lavement, n'aurait pas été deux fois à la selle par an. Nous rapportons dans ce travail l'observation (Obs. XLV) d'une fillette qui était restée trente-trois jours sans aller à la garde-robe.

Les matières rendues sont dures, grossièrement fragmentées. La défécation est toujours pénible, nécessitant de grands efforts. Tous les muscles, qui interviennent dans la compression de l'abdomen, entrent en jeu ; leur action est souvent aidée par le malade qui se comprime le ventre, ou prend des positions bizarres. C'est surtout dans ces cas que l'on rencontre de volumineux paquets hémorroïdaires, quelquefois même du prolapsus du rectum.

Le passage des matières à travers le sphincter anal est extrêmement douloureux, il s'accompagne quelquefois de la sensation de déchirure. De fait, les excoriations, les fissures anales sont assez fréquentes. Lorsque les selles provoquées par des purgatifs violents, ont été abondantes et souvent répétées, il n'est pas rare que le sphincter anal perde pendant quelque temps sa tonicité. L'anus reste entr'ouvert et les ma-

tières liquides s'échappent sous le malade incapable de les retenir.

Dans cette forme d'entéro-colite muco-membraneuse, les crises douloureuses et les flux diarrhéiques, qui semblent liés au spasme intestinal, sont de beaucoup plus rares; ils peuvent même manquer complètement. Seuls les purgatifs à forte dosé peuvent réveiller la contractilité intestinale qui semble complètement disparue.

Le ventre est volumineux, distendu par des matières et des gaz. La palpation fait sentir des masses énormes de matières dilatant à outrance le côlon, et pouvant quelquefois être prises pour des tumeurs.

3° *Forme continue grave* (Obs. XXVII, XXVIII, XXIX).

— Cette forme a été particulièrement bien-décrite par le professeur Potain (1). Il en rapporte une observation que nous reproduisons (Obs. XXVII), ainsi que celle rapportée par Soupault, dans le *Manuel de médecine* (Obs. XXVIII).

Cette forme présente les caractères suivants : présence constante, dans les selles, de fausses membranes quelquefois comparables à de la lavure de chair, exacerbations successives des différents symptômes, avec rémissions de moins en moins complètes. Les douleurs prennent un caractère d'acuité souvent inaccoutumé : ce sont des coliques violentes, des tortillements avec sensation de constriction lombaire. Tous ces symptômes douloureux subissent une recrudescence à la fin de la digestion stomacale.

L'état général du malade paraît fortement atteint, la nutrition générale se fait mal, l'amaigrissement se produit rapidement, les téguments perdent leur coloration normale pour

(1) POTAIN, *loc. cit.*

prendre un aspect terreux qui rappelle celui que l'on rencontre dans la cachexie cancéreuse ou tuberculeuse.

Dans le cas du professeur Potain, il y eut des hémorragies rectales, des épistaxis, des hématomésès.

Ces grandes hémorragies sont rares, il est vrai ; ce que l'on observe habituellement ce sont quelques gouttes de sang, quelques stries sanguinolentes tachant les matières ou rayant les détritüs membraneux, mais c'est là un accident que l'on rencontre dans les formes même atténuées, avec moins de constance toutefois. On peut expliquer ces petites hémorragies par des exulcérations muqueuses, ou par les hémorrhoides internes ou externes.

Les hémorragies abondantes, au contraire, appartiennent aux cas graves. De Laugenhagen a observé chez deux de ses malades, plusieurs hémorragies abondantes de la valeur d'un quart à un demi-litre de sang. Lyon (1) rapporte un cas où « le malade était pris subitement d'un besoin d'aller à la selle et expulsait du sang soit pur, soit mélangé à des matières. En général, ces matières exhalaient une odeur fétide ». La température, relevée par Lyon, chez les malades atteints d'hémorrhagie, montrait soit une élévation, soit un abaissement thermique, surtout quand l'hémorrhagie était abondante.

Le professeur Potain recherche l'origine de ces accidents « dans l'état général du malade, dans une sorte de prédisposition hémophilique : d'un autre côté, les fluxions prennent parfois facilement, chez certains malades, le caractère hémorrhagique ; le moindre écart dans le régime, une alimentation défectueuse, des excès alcooliques expliquent facilement ces fluxions avec pertes de sang. »

(1) Lyon, Entérite muco-membraneuse (*Suite de monographies cliniques sur les questions nouvelles*), Paris, 1900.

CHAPITRE VII

Formes cliniques de l'entéro-colite muco-membraneuse chez l'enfant.

On s'accorde à décrire séparément les formes cliniques de l'entéro-colite muco-membraneuse dans la première et dans la seconde enfance.

Dans la première enfance, l'affection décrite sous le nom d'entéro-colite muco-membraneuse par les auteurs français, et, en Allemagne, sous les dénominations d'*entérite folliculaire* (Baginsky, Unger, etc.) ou de *diarrhée catarrhale* (Hénoch), diffère notablement, au point de vue clinique, de l'entéro-colite muco-membraneuse que l'on rencontre chez l'adulte et surtout chez la femme.

Notre maître, le docteur Comby (1), la définit « une entéro-colite infectieuse à rechute, caractérisée par des symptômes généraux plus ou moins graves accompagnant des selles répétées, peu abondantes, mousseuses, glaireuses, mucopurulentes, membraneuses et sanglantes ».

M. L. Guinon (2) distingue nettement, sous le nom de colite aiguë, ces cas observés dans la première enfance, de ceux que l'on rencontre chez les enfants plus âgés, et qui constituent une forme clinique se rapprochant des formes

(1) COMBY, Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, 12 mars 1891.

(2) GUINON, Formes de la colite chez l'enfant, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1898.

décrites chez l'adulte. Il s'élève contre la dénomination d'entérite folliculaire, « désignation » dit-il « que je suis étonné de voir adopter par quelques-uns de mes collègues, car elle me paraît impropre ; si, en effet, par folliculaire, on entend désigner l'inflammation des follicules clos, c'est faux au point de vue anatomique, parce que les follicules clos ne secrètent pas de mucus, et s'ils sont enflammés, ce que je ne nie pas, ils ne le sont que secondairement et banalement ».

M. Marfan décrit deux formes d'entérite dans le jeune âge, l'entérite folliculaire et la colite aiguë dysentérique, maladies complètement différentes, pour lui, de la colite muco-membraneuse.

Malgré les différences cliniques indéniables que l'on observe entre l'entéro-colite muco-membraneuse de l'adulte et celle du premier âge, on ne saurait s'empêcher d'établir entre elles plusieurs rapports. Et l'on peut se demander si l'allure aiguë, quelquefois même suraiguë, que prend l'affection ne tient pas à une sensibilité plus grande du jeune âge aux infections secondaires.

A la Société médicale des Hôpitaux, le 5 mars 1897, M. Galliard rapportait l'observation (V. Obs. XXIX) d'un enfant de 5 ans, qui, pendant dix jours, présenta les symptômes d'une crise d'entéralgie, comparable à celles que nous avons décrites chez l'adulte. A cette période non fébrile, succéda un complexe symptomatique infectieux rappelant les formes aiguës observées dans la première enfance.

A propos de ce cas intermédiaire, M. Mathieu fit les remarques suivantes au cours de la discussion qui s'engagea. « M. Galliard a fort bien fait d'indiquer dans le titre de son observation qu'il s'agissait d'une colite muco-membraneuse

aiguë. En effet, on n'observe guère de phénomènes d'infection dans l'entérite muco-membraneuse chronique si fréquente chez les femmes. »

« Une poussée de colite aiguë avec phénomènes plus ou moins accentués d'embarras gastrique, avec ou sans fièvre, c'est un des modes de début de l'entérite muco-membraneuse chronique. On comprend que, pendant cette poussée aiguë, initiale, on puisse rencontrer des manifestations infectieuses qui ne se retrouveront plus ultérieurement. »

Ce qui caractérise plus particulièrement l'entéro-colite muco-membraneuse des jeunes enfants, c'est donc la violence particulière des symptômes infectieux qui accompagnent les crises paroxystiques.

La crise peut être unique, se terminer par la mort ou par une convalescence longue et pénible, et alors ne plus se renouveler. Le plus souvent cependant on assiste à une série de crises, survenant à des intervalles variables, pendant lesquels on note peu ou pas de troubles intestinaux. Plusieurs crises peuvent s'observer dans le courant de la même année.

Chaque crise a une durée indéterminée. Son début peut être brusque. La fièvre est forte ; le thermomètre atteint 39°, 40°, et s'accompagne de vives réactions nerveuses : cris, agitation, insomnie, convulsions, délire, tous symptômes fréquents dans le jeune âge.

Les troubles gastriques sont caractérisés par l'inappétence, l'état saburral, quelquefois la sécheresse de la langue, les fuliginosités.

Chez les tous jeunes enfants, les selles sont diarrhéiques, puriformes, vertes, fétides, putrides, accompagnées de mucus, de fausses membranes. Chez les enfants plus âgés, les besoins

sont fréquents. Les selles peuvent se répéter jusqu'à 20 fois dans les 24 heures. Elles sont douloureuses, s'accompagnant souvent de ténésme, d'épreintes, de dysurie. Les matières rendues sont liquides, peu abondantes. Par contre, on observe une grande quantité de mucus, rendu avec ou sans matières fécales, sous forme de glaires, de mucosités, de crachats, de débris de fausses membranes, de lanières ou de tubes cylindriques.

L'examen du ventre montre qu'il est douloureux, mais souple et dépressible.

A côté de ces poussées particulièrement graves, Guinon admet des formes légères et des formes localisées, qui rappellent en tout point celles que nous avons décrites chez l'adulte.

Entre les paroxysmes, la santé, qui s'est rétablie plus ou moins rapidement, est bonne en général. Il faut cependant noter que la constipation est un phénomène habituel

Entéro-colite muco-membraneuse dans la seconde enfance. — Au fur et à mesure que l'entéro-colite muco-membraneuse évolue chez un sujet, qui se rapproche de la puberté, sa marche devient plus franchement chronique.

Elle peut faire suite à la colite du jeune âge, et alors se modifier quant à l'intensité de ses crises paroxystiques ; mais elle peut aussi débiter sourdement par de la constipation.

Nous pourrions ici décrire plusieurs formes, subdivisées elles-mêmes en plusieurs types ; ce serait nous exposer à des redites.

Il nous suffira d'insister sur la fréquence plus grande des paroxysmes qui, plus volontiers, s'accompagnent de fièvre et de phénomènes réactionnels violents.

Dans les périodes intercalaires, nous aurions à décrire les mêmes symptômes que nous avons longuement étudiés chez l'adulte.

Notons cependant que l'entéro-colite muco-membraneuse peut exercer une influence néfaste sur le développement de l'organisme. On la trouve souvent associée au rachitisme. Les enfants sont maigres, de taille au-dessous de la moyenne, très sensibles au froid ; les yeux sont cernés ; les pommettes quelquefois roses ; le pourtour du nez jaunâtre ; les lèvres souvent d'un rouge vermillon (Guinon¹).

CHAPITRE VIII

Associations cliniques et complications.

Dans ce chapitre, nous allons avoir à étudier successivement toutes les affections, bien établies au point de vue nosographique, que l'on signale, avec une fréquence variable, dans l'entéro-colite muco-membraneuse.

Il nous paraît impossible de ne pas rechercher ici, à propos de chacune d'elles, quelles sont leurs relations exactes avec l'affection qui nous occupe. En agissant ainsi, nous allons forcément soulever de graves problèmes pathogéniques, mais-il nous semble que notre description y gagnera en clarté.

Gastropathies et entéro-colite muco-membraneuse
(Obs. XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI, XLII, XLIII).

— Souvent les malades se plaignent de troubles digestifs sous la dépendance d'une gastropathie concomitante.

M. Robin enseigne qu'il s'agit toujours d'hypersthénie gastrique. Cette affection serait primitive, et l'entéro-colite muco-membraneuse toujours secondaire et dépendante du trouble stomacal. « Quoique (1), dit-il, dans toutes mes observations, l'entéro-colite muco-membraneuse ait coïncidé avec la coprostase, je ne crois pas que cette entéro-colite tienne uniquement à la constipation, sans cela elle serait la règle chez les cons-

(1) ROBIN, *Bulletins et mémoires de l'Académie de médecine*, 1897.

tipés, ce qui est loin d'être vrai. Il faut donc invoquer un autre facteur, l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorydrie antécédente, qui, par l'extrême acidité du chyme, bouleverse les conditions normales de la digestion intestinale, crée une constipation avec coprostase et ajoute une irritation chimique à l'irritation mécanique produite par les matières fécales durcies. »

Pour M. Mathieu, qui s'est occupé spécialement de cette question, on ne pourrait décrire une gastropathie spéciale, coïncidant plus particulièrement avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Pour lui (1) « cette affection accompagne souvent les diverses formes de la dyspepsie gastro-intestinale ; on la rencontre avec des états tout à fait opposés de chimisme gastrique : elle coïncide volontiers avec des phénomènes de dyspepsie nervo-motrice, avec un mélange plus ou moins intime de spasme et d'atonie. »

Pour Germain Sée, le plus souvent, l'affection intestinale serait la première en date et les troubles gastriques seraient secondaires ; les gaz retenus dans l'intestin pouvant refluer dans l'estomac et le dilater. Einhorn (2) a étudié particulièrement les rapports de ces deux affections. Il a trouvé que l'entéro-colite muco-membraneuse s'observait chez les personnes qui souffraient de l'estomac dans la proportion de : 0,25 0/0 parmi les hommes et de 3. 31 0/0 parmi les femmes.

Poussant plus loin son investigation clinique, il a analysé les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac chez 12 sujets atteints d'entéro-colite muco-membraneuse ; il arrive aux

(1) MATHIEU, *Thérapeutique des maladies de l'intestin*, 2^e édition, 1895.

(2) EINHORN, Entérite membraneuse et son traitement, *Medic. record*, 28 janv. 1899.

conclusions suivantes : 1° la fonction motrice de l'estomac jugée par le résidu qu'il contenait, une heure après le repas d'épreuve, était augmentée dans 8 cas, normale dans 4 ; 2° dans 5 cas, il y avait des modifications de la sécrétion gastrique.

Même dans les cas où celles-ci semblent faire défaut, Einhorn prétend qu'on rencontre toujours quelques caractères qui leur sont attribuables. Sur les rapports de causes à effets entre les deux affections, son opinion est qu'elles sont toutes les deux sous la même dépendance.

Lyon (1), par l'examen de ses propres observations, est conduit à distinguer les cas « où les troubles gastriques précèdent nettement le début des troubles intestinaux, ceux où l'intestin et l'estomac paraissent intéressés simultanément, ceux enfin où l'affection intestinale est en apparence primitive »

Il résulte de ces différentes opinions que nous avons tenu à rapporter ici, avec le plus de détails possible, que l'on ne saurait décrire une gastropathie spéciale, véritable complication de l'entéro-colite muco-membraneuse. Suivant les cas observés, en effet, les troubles gastriques sont trop variables par leur date d'apparition, par leurs caractères cliniques et par les résultats que fournit l'examen chimique.

Affections hépatiques et entéro-colite muco-membraneuse. — Parmi les affections hépatiques, il en est, comme la lithiase biliaire, que l'on trouve associées à l'entéro-colite muco-membraneuse ; nous croyons que ce n'est là qu'une association morbide, régie par l'arthritisme.

(1) LYON, *loc. cit.*

La palpation et la percussion du foie combinées montrent quelquefois un déplacement de l'organe, une hépatoptose, mais ces cas seront étudiés avec les ptoses.

Le foie a été trouvé gros par plusieurs observateurs, rétracté par d'autres, et normal, enfin, dans la grande majorité des cas.

Enfin, certains auteurs, Malibran, de Langenhagen ont rapporté des cas d'acholie pigmentaire passagère. Van Swieten et Germain Sée n'hésitent pas à attribuer à un trouble de la sécrétion biliaire quelques-uns des symptômes de l'entéro-colite muco-membraneuse. Ces cas semblent trop rares pour permettre d'en tenter une description ; il en est de même de ceux où le foie, pendant les crises paroxystiques, parut, à la percussion, gros et douloureux, et de ceux où l'on a noté une teinte jaunâtre des conjonctives.

Tous ces faits tendent cependant à prouver qu'au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, on peut observer des troubles fonctionnels passagers du foie.

Pour Glénard (1), ces troubles fonctionnels seraient d'une importance extrême dans la genèse des ptoses, dont l'entérite muco-membraneuse ne serait qu'une forme avancée : il a même créé le mot d'*hépatisme* pour désigner cet état particulier du foie qui tiendrait sous sa dépendance, entre autres affections, les différentes ptoses viscérales et, par suite, l'entéro-colite muco-membraneuse.

Ptoses viscérales et entéro-colite muco-membraneuse (Obs. III, XXXVII, XLIV). — Les ptoses viscérales,

(1) GLÉNARD, *loc. cit.*

gastroptose et surtout néphroptose du côté droit, ne sont pas rares dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Le rein mobile se rencontrerait presque 58 fois p. 100 chez la femme, 16 fois pour 100 chez l'homme (Mathieu). Le premier degré d'abaissement est le plus souvent observé. On n'est pas d'accord sur les rapports réciproques des deux affections.

Rappelons que, pour Glénard, comme nous venons de le voir, ce sont deux termes de l'hépatisme apparaissant à des moments variables.

Pour comprendre les différentes théories qui vont suivre, et surtout pour expliquer la prédominance à droite de la néphroptose, il nous semble utile de rappeler quelques données anatomiques.

La moitié droite du côlon transverse et le rein droit sont innervés par des filets émanés du plexus solaire. En outre, le côlon ascendant est relié à la partie inférieure du rein droit par un ligament puissant, décrit par Tuffier, sous le nom de *ligament supérieur de cæcum*. D'après cet auteur, le côlon prend un point d'appui sur le rein droit; au lieu de le soutenir, il tend à l'attirer en bas, surtout quand il est rempli des produits de la digestion.

Ajoutons que la partie droite du côlon transverse n'a qu'un méso-côlon fort court, ou même absent, et que, dans ce dernier cas, sa face postérieure est directement en contact avec l'atmosphère cellulo-graisseuse périrénale. Du côté gauche, au contraire, le méso-côlon transverse est constant et toujours plus long qu'à droite.

C'est surtout sur ces dernières considérations que s'appuie le professeur Potain, pour expliquer la plus grande fréquence de la néphroptose du côté droit

D'après lui (1), la cause directe de la mobilité rénale serait une péritonite localisée au niveau de la région rénale. Suivant que cette péritonite, qui s'accompagne de lésions inflammatoires du tissu cellulo-adipeux périrénal, serait d'origine hépatique ou intestinale, on aurait deux types différents de rein mobile.

Dans le premier cas, que nous ne faisons que signaler, l'infection partie des voies biliaires n'atteindrait que la partie toute supérieure de la capsule cellulo-adipeuse du rein, et produirait la raréfaction et le relâchement de son tissu. Il pourrait en résulter une bascule en avant de l'extrémité supérieure du rein, retenu encore par son pôle inférieur : c'est l'antéversion rénale.

Dans le second cas, l'entéro-colite muco-membraneuse aurait un rôle important. Sous l'influence de cette affection, les lésions, que nous venons de décrire dans la partie supérieure de la loge rénale, se produiraient exclusivement dans sa partie inférieure. Le rein, n'étant plus soutenu, aurait une tendance, par son propre poids, à glisser le long de la paroi abdominale postérieure. La pression hépatique, augmentée par chaque inspiration, devrait entrer en ligne de compte, ainsi que le tiraillement que le côlon ascendant, rempli de matières, exerce sur le rein, par l'intermédiaire du ligament supérieur du cæcum de Tuffier.

Quant aux autres ploses, et plus particulièrement à l'entéroptose totale, à l'abaissement du côlon transverse, etc., etc., elles seraient dues, pour certains auteurs, à l'entéro-colite muco-membraneuse. Le mécanisme invoqué serait le sui-

(1) POTAIN, Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, *Congrès de Limoges*, 1890.

vant : coprostase amenant une surdistension des anses intestinales, avec tiraillement plus considérable du pédicule vasculo-nerveux, qui, avec les feuilletts péritonéaux des mésos, concourent à maintenir l'intestin en place. A la longue, les pédicules péritonéo-vasculaires (*mésos*) se laisseraient distendre, augmenteraient de longueur et les ptoses seraient ainsi constituées.

La proposition, il est vrai, a été retournée ; on a prétendu avec Boas, Jagot (1), que la ptose viscérale était primitive, qu'elle provoquait, par le déplacement des viscères, par les vices de position (coudure angulaire du côlon transverse surtout), une coprostase encore augmentée par l'atonie concomitante de la fibre musculaire intestinale : de là, constipation et, à sa suite, production exagérée de mucus. Le rein mobile pourrait à lui seul produire l'entéro-colite muco-membraneuse, en abaissant le coude droit du côlon, et en développant une sorte de névrose du plexus solaire.

Enfin on peut se demander s'il n'y a pas seulement coexistence de la ptose viscérale et de l'entéro-colite muco-membraneuse. De toutes les théories émises sur la pathogénie de l'entéroptose, il en est une, soutenue par M. Mathieu (2), qui tend, de plus en plus, à être universellement acceptée. Le relâchement des muscles de la paroi abdominale, serait le fait primordial, il agirait surtout en diminuant la tension intra-abdominale. L'entéroptose ainsi créée pourrait ou non s'accompagner de troubles intestinaux, d'entéro-colite muco-membraneuse, dus à une déséquilibration de la nervo-motricité.

(1) JAGOT, *Archives médicales d'Angers*, 1897.

(2) MATHIEU, *Société thérapeutique*, 1897.

Quoi qu'il en soit de cette longue discussion, il est un fait clinique indéniable, c'est la fréquence des différentes ptoses, surtout de la néphroptose, dans l'entéro-colite muco-membraneuse; et particulièrement dans ses formes graves.

La gravité de l'affection intestinale est augmentée par la présence du rein mobile surtout. « Le rein mobile ne peut pas produire, de toute pièce, l'entérite muco-membraneuse, mais il l'entretient, la prolonge et l'exagère en amenant, par tiraillement des filets nerveux de son hile, un véritable état de névrose des plexus abdominaux » (Mathieu).

Ce qui, du reste, le prouve d'une façon péremptoire, c'est la grande amélioration que les malades, atteints simultanément des deux affections, éprouvent à la suite, soit de la néphropexie, soit simplement du port d'une ceinture abdominale.

Lithiase intestinale et entéro-colite muco-membraneuse (Obs. X, XIV, XV, XVII, XIX, XXIV, XLV, XLVI).— Nos connaissances sur la lithiase intestinale, la gravelle de l'intestin, l'entéro-colite sableuse, sont de date récente.

La description véritablement clinique du sable intestinal remonte à la communication faite, en 1873, par Laboulbène à l'Académie de médecine, qui fut suivie par les observations de Bioggi (1) et de Marquez (2) à quelques années d'intervalle.

En 1896, la question revient de nouveau à l'étude avec

(1) BIOGGI, Du sable intestinal, *Presse médicale Belge*, 1874.

(2) MARQUEZ, Note sur le sable intestinal (*Association française pour l'avancement des sciences*), 1879.

les publications de Mongour (1), Oddo (2), Mathieu (3).

Enfin, en 1897, le professeur Dieulafoy (4) crée, dans différentes communications, une gravelle intestinale qu'il rapproche des gravelles uriques et hépatiques.

Depuis, Fontet (5) et Chevallier (6) ont pris la lithiase intestinale pour sujet de leur thèse.

Malgré ces différents travaux et les observations déjà nombreuses, on n'est pas encore définitivement fixé sur la valeur symptomatique que l'on doit attribuer au sable intestinal, ni sur les rapports qui existent entre ce sable et l'entéro-colite muco-membraneuse.

Les faits cliniques montrent nettement, tout au moins, la coexistence des deux affections d'une façon à peu près constante. Et, pour notre part, nous croyons que si, de parti pris, on recherchait le sable dans les selles des malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, on le retrouverait avec une très grande fréquence. En examinant les selles des enfants, dont nous rapportons les observations inédites, nous avons trouvé, d'une façon presque constante, des quantités variables de ces petits grains bruns jaunâtres, clairs, à arrêtes vives.

(1) MONGOUR, Entérite muco-membraneuse et lithiase intestinale, *Sem. méd.*, 1896. Note sur un cas de lithiase intestinale, *Société de biologie*, 22 fév. 1896.

(2) ODDO, Sable intestinal, *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux*, 1896 et *Semaine médicale*, 1896.

(3) MATHIEU et RICHAUD, Deux cas de sable intestinal, avec entérite muco-membraneuse, *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux*, *Semaine médicale*, 1896. La lithiase intestinale et la lithiase appendiculaire, *Gaz. des hôpit.*, 1896.

(4) DIEULAFOY, La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin, *Bull. de l'Académie de méd.*, 1897, et *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1896-1897.

(5) FONTET, Thèse Bordeaux, 1897.

(6) CHEVALLIER, Thèse Paris, 1898.

Nous rapportons l'observation (Obs. XLVI) d'une fillette atteinte, à la suite d'un rétrécissement anal opéré depuis plusieurs années, d'une dilatation énorme du rectum et du gros intestin. Ce qui avait frappé surtout sa mère, c'était la présence du sable, tandis que les mucosités étaient en quantité très insignifiante. L'examen systématique des matières nous a toujours, pendant plusieurs jours, donné un résultat négatif quant au mucus, positif quant au sable. Une seule fois, on a pu observer des mucosités en grand nombre, à la suite d'un paroxysme douloureux comme elle en présentait parfois ; les autres paroxysmes n'avaient donné lieu qu'à une décharge sableuse.

Il nous a été aussi donné d'observer un paroxysme entéralgique localisé à l'angle colique gauche, survenu au cours d'une entérite chronique méconnue jusque là. Avant la débâcle qui tarda de 48 heures, nous avions diagnostiqué une crise entéralgique d'entéro-colite muco-membraneuse. L'examen des selles ne montra que du sable, dont l'expulsion dura trois jours consécutifs en augmentant de quantité ; uniquement, la première selle présenta une seule mucosité pelotonnée, comparable à un crachat. L'examen des selles pratiqué ultérieurement n'a pas révélé la présence de fausses membranes ou de mucosités.

Il nous a paru intéressant de rapporter ces deux faits, qui tendraient à prouver que l'émission de sable peut se faire en dehors du rejet des fausses membranes.

Du reste, le professeur Hayem a eu l'occasion de trouver du sable intestinal dans des cas où il n'avait pas été question d'entéro-colite muco-membraneuse. Celle-ci n'a été retrou-

vée que deux fois sur treize cas de lithiase intestinale observés par Robin (1).

Quoi qu'il en soit, le plus fréquemment, le sable intestinal se trouve associé à l'entéro-colite muco-membraneuse, et principalement aux formes s'accompagnant de crises d'entéralgie. C'est au point que Chevallier, dans sa thèse, donne, comme caractéristique de la lithiase intestinale, la formule suivante :

Colite chronique + crises douloureuses paroxystiques = lithiase intestinale.

Cette opinion est cependant exagérée : « les crises paroxystiques douloureuses » appartiennent en propre à l'entéro-colite muco-membraneuse, elles y ont été souvent observées, que la débâcle de fausses membranes s'accompagne ou non de sable.

Pour expliquer cette fréquente association du sable avec les mucosités, on peut avoir recours à deux théories. Dans la première, le sable intestinal est secondaire à l'entéro-colite muco-membraneuse ; dans la seconde, les deux affections, distinctes dans leurs causes premières, coexisteraient chez le même individu grâce à une cause diathésique qui serait, dans l'espèce, l'arthritisme.

La première théorie est celle soutenue par MM. Mathieu et Chevallier.

En dehors de la grande fréquence des deux affections chez le même individu, l'examen chimique tend à prononcer le bien fondé de cette manière de voir.

Les nombreuses analyses de sable que l'on a publiées mon-

(1) ROBIN, *Académie de médecine*, 1897.

trent clairement que sa constitution est toujours la même : on y retrouve, d'une façon presque exclusive, du phosphate de chaux et de magnésie ainsi que des matières organiques.

Cette composition le rapproche des pierres que l'on a pu rencontrer dans les catarrhes chroniques des fosses nasales, des amygdales, des bronches. C'est aussi une composition analogue que l'on assigne aux calculs biliaires et urinaires, dits secondaires, et que l'on observe dans les cas d'infection des voies d'excrétion de la bile et de l'urine.

Ces considérations poussent donc à croire que ce sable intestinal se forme dans l'intestin, à la faveur de la stase amenée par la constipation et aux dépens du mucus et des cellules épithéliales desquamées, comme on l'admet pour la vésicule biliaire et la vessie. Peut-être aussi la précipitation des sels contenus dans les matières organiques serait-elle favorisée par la présence des microbes si nombreux dans l'intestin. On sait le rôle que l'on fait jouer à ces organismes inférieurs dans la production des calculs des autres organes.

L'autre théorie soutenue par Dieulafoy, Mongour, Fontet, considère la lithiase intestinale comme une des manifestations les plus intéressantes de la *Diathèse goutteuse*, devant prendre place auprès des lithiases du rein et du foie. Le professeur Dieulafoy fait, en effet, remarquer que « l'émission de sable et de graviers intestinaux concorde ou alterne avec les autres manifestations de l'arthritisme, et parfois les remplace ».

Au sujet de la composition presque exclusivement phosphatique, sur laquelle M. Mathieu avait insisté particulièrement, M. Dieulafoy s'exprime ainsi : « Il me semble que la composition des concrétions, des graviers et des calculs, n'a qu'une importance fort secondaire dans le débat actuel, d'abord

parce que les faits cliniques sont là pour affirmer chez certains malades la nature diathésique et goutteuse de la gravelle intestinale, et, en second lieu, parce que les exemples ne sont pas rares de gens manifestement goutteux, atteints de coliques néphrétiques, et rendant des graviers du rein, uniquement formés, non pas de concrétions uratiques mais de concrétions phosphatées. La question me paraît donc jugée : il y a une gravelle intestinale d'origine goutteuse. »

Il est bien difficile actuellement de prendre un parti entre ces deux opinions. Mais il est un fait certain, c'est que l'on n'est pas encore fixé sur la valeur clinique que l'on doit attacher à la présence du sable dans les fèces. Pour certains auteurs, ce sable aurait une provenance extra-intestinale et l'alimentation y entrerait pour une grande part. Robin (1) s'exprime ainsi : « Ces analyses (chimiques) tendraient à démontrer que le sable intestinal est essentiellement constitué par des débris alimentaires, des fragments siliceux ou autres, qui s'incrustent de phosphate de chaux et de magnésie dans l'intestin au contact des matières fécales de l'hypersthénie gastrique, matières dont la composition est si anormale et la richesse en ces sels si évidente. »

Appendicite et entéro-colite muco-membraneuse (Obs. XLVII, XLVIII, XLIX, L, LI, LII, LIII, LIV, LV). — Jusqu'à ces dernières années, on considérait communément les accidents graves attribués autrefois à la péri-typhlite, puis avec plus de justesse à l'appendicite, comme occasionnés le plus souvent par les colites chroniques en général, par l'entéro-colite muco-membraneuse en particulier.

(1) ROBIN, *loc. cit.*

J. Simon (1), dans une de ses leçons cliniques, insistait particulièrement sur les symptômes prémonitoires de ces accidents. Pour lui, on devait établir la filiation suivante :

« 1° La constipation, soit simple, soit entrecoupée de périodes de diarrhée, avec rejet par les selles de matières bilieuses et glaireuses ;

2° L'engorgement cœcal qui, à la suite d'alternatives de résolutions et de rechutes, peut disparaître définitivement, ou aboutir à l'épaississement des parois intestinales avec stercorémie ;

3° Sous l'influence enfin des causes multiples dépendantes des aliments et des excréments, de l'action du froid, des chocs, etc., etc., l'affection inflammatoire aiguë éclate lentement ou progressivement sous la paroi, ou avec une violence subite sur l'appendicite. »

Talamon (2), dans sa monographie sur l'appendicite, attribue une grande influence à la colite chronique dans la genèse des accidents appendiculaires. C'est elle qui est la cause de la formation des concrétions intestinales (scybales). Mais elle peut passer inaperçue et à l'examen clinique et à l'examen sur la table d'amphithéâtre. Elle peut, en effet, être légère et méconnue du malade qui, en tout cas, ne la signale pas dans ses antécédents. Comme d'autre part les lésions anatomo-pathologiques sont « superficielles, catarrhales, elles ne sauraient laisser plus de traces appréciables, à l'œil nu, qu'une bronchite simple ou un coryza ». Il n'y a donc pas lieu de s'étonner

(1) J. SIMON, Des accidents prémonitoires des typhlites, péri-typhlites et appendicites, *Bulletin médical*, 1891.

(2) TALAMON, *Appendicite et péri-typhlite*, Paris, 1892.

que, dans les relations d'autopsie, l'intégrité de la muqueuse du gros intestin soit souvent notée.

Ce sont ces idées qui sont admises et reproduites dans les différentes études sur l'appendicite qui parurent jusqu'en 1897-1898.

A cette époque, s'engage à la Société des Hôpitaux d'abord, puis presque simultanément à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, une importante discussion sur les rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse.

Les opinions, qui furent soutenues au sein de ces différentes sociétés, peuvent se ramener à deux. Nous allons les résumer.

Sous l'autorité du professeur Potain et s'appuyant sur sa propre statistique et sur celle de Bottentuit, le professeur Dieulafoy rapporte de 700 à 800 cas d'entéro-colite muco-membraneuse au cours desquels on n'observa jamais d'appendicite. Il en conclut donc que, calculeuse ou non, l'appendicite est bien une lésion spéciale à ce diverticule intestinal. « L'appendicite n'est ni la conséquence, ni l'aboutissant des entéro-colites » et il ajoute même (1) : « au risque de répéter encore une fois ce que je vous ai dit souvent, et ce que j'ai soutenu, preuves en mains, dans nos discussions académiques, du moment que vous constatez, au cours d'une crise intestinale, des symptômes et des preuves d'une entéro-colite glaireuse, membraneuse, sableuse, vous n'avez rien à redouter de l'appendicite. » Dans toutes ces considérations, il ne s'agit, bien entendu, que de l'appendicite vraie, et non des pseudo-appen-

(1) DIEULAFOY, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, p. 365.

dicites », c'est-à-dire d'accidents intestinaux éclatant dans la fosse iliaque droite, et qui peuvent ainsi donner lieu à des erreurs de diagnostic. L'appendicite ou, si l'on préfère, les accidents appendiculaires et accidents péritonéaux résultent de la transformation d'une partie du canal en une cavité close, dans laquelle s'élabore un foyer d'infection et d'intoxication dû à l'exaltation de virulence des microbes emprisonnés (1) ». A côté de ces accidents, qui sont franchement appendiculaires, il en est d'autres (pseudo-appendicites) qui ont un siège cœcal, véritables typhlites des anciens auteurs. Cette dernière affection, dont on ne parle plus aujourd'hui, existe cependant, mais ne s'accompagnerait jamais ni de péritonite ni de phlegmons iliaques. Elle peut se rencontrer au cours des maladies générales et des colites chroniques et, en particulier, dans l'entéro-colite muco-membraneuse ou sableuse. Elle donne lieu à des « symptômes qui vont éclater dans la fosse iliaque droite, c'est-à-dire dans des parages qui sont si voisins de l'appendice, que, tels cas, qui eussent été autrefois, et, avec raison, taxés de typhlites, sont qualifiés aujourd'hui bien à tort, d'appendicites » (Dieulafoy).

C'est ce dernier complexe symptomatique, sur lequel le professeur Dieulafoy a attiré plusieurs fois l'attention, et dont il a donné une description précise, c'est ce dernier complexe, disons-nous, que nous avons étudié spécialement sous le nom de *Crises d'entéralgie à forme de typhlite (Entéro-typhlo-colite)*.

L'opinion inverse, qui voit dans l'appendicite une complication de l'entéro-colite, admise par la majorité des membres

(1) DIEULAFOY, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 329.

des diverses sociétés scientifiques, a été surtout défendue par notre maître, le D^r Reclus. Cependant il y a une distinction à établir. L'accord est, en général, fait au sujet de l'appendicite perforante ou non, à évolution aiguë ou suraiguë, quelle que soit la pathogénie que l'on admette. Ces formes cliniques particulières sont des plus rares dans l'entéro-colite muco-membraneuse ; quand on les y rencontre, il s'agit d'une association clinique plutôt fortuite.

Mais, comme le fait remarquer M. Reclus (1), « l'appendicite n'est pas toujours cette maladie dramatique dont Dieulafoy a tracé le tableau. Il y a des formes atténuées, caractérisées par quelques douleurs du ventre, quelques troubles digestifs, quelques nausées, quelques vomissements : coliques appendiculaires, coliques à répétition que l'on sait bien dépister actuellement ».

Déjà M. Routier (2) avait fait la remarque suivante : « Il est bien entendu que, par le mot d'appendicite, M. Dieulafoy désigne tous les accidents péritonitiques et appendiculaires qui éclatent lorsque l'appendice est transformé en cavité close, et nullement les lésions inflammatoires, ulcéreuses, fibreuses que l'on retrouve dans les parois de l'appendice, qu'il y ait ou non oblitération du canal appendiculaire. »

Il y a donc lieu d'admettre avec ces auteurs, qu'à côté de l'appendicite suraiguë, s'accompagnant presque toujours de perforation intestinale, ou tout au moins de péritonite généralisée ou localisée, avec phénomènes toxi-infectieux plus ou moins graves, il y a des appendicites chroniques, caractérisées par des « accidents légers, méconnus, presque nuls

(1) RECLUS, *Bulletins et mémoires de l'Académie de médecine*, 1897.

(2) ROUTIER, *Soc. de Chir.*, 1896.

même » (Broca) (1). Dans leur évolution, viennent se greffer quelquefois « des épisodes aigus, des crises sérieuses, graves, mortelles même ; et c'est là ce qu'on appelle les formes de l'appendicite, formes cliniquement très différentes les unes des autres » (Broca).

Actuellement ce sont ces formes d'appendicites que l'on tend à considérer plus spécialement comme complications de l'entéro-colite muco-membraneuse. Toutefois il faut reconnaître que ce n'est pas là un aboutissant fatal, ni même très fréquent de cette affection.

Dans une revue générale toute récente, M. Beurnier (2) remarque que, sur 5 malades atteints d'appendicite et d'entéro-colite muco-membraneuse, « un seul avait une appendicite franche, ordinaire, les quatre autres avaient la forme sourde subaiguë ». Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description qu'il donne de cette forme spéciale : « chez un malade, atteint de colite muco-membraneuse, depuis un temps plus ou moins long, quelques mois en général, survient une douleur sourde, puis intense au lieu d'élection de la douleur appendiculaire. Cette douleur est augmentée par la pression en ce point précis, elle s'accompagne de quelques irradiations, le long du cordon et jusque dans la direction de la hanche, mais, à part cela, elle reste parfaitement localisée. Elle se développe peu à peu sournement et n'arrive jamais à être vraiment aiguë. Tous ces caractères nous mènent bien loin de la douleur vive, caractéristique de l'appendicite ordinaire.

(1) BROCA, *L'appendicite, formes et traitement*, 1900.

(2) BEURNIER, Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie. *Journal des Praticiens*, 10 février 1900.

Avec quelques jours de repos, un peu d'opium et, au besoin quelques cataplasmes laudanisés, tout disparaît. »

Déjà, M. Siredey, à la Société médicale des Hôpitaux, en 1897, s'exprimait ainsi : « Il me semble que les phénomènes gastralgiques dont viennent de parler MM. Du Castelet et Le Gendre « phénomènes observés sur eux-mêmes » sont extrêmement fréquents dans l'appendicite qui survient chez les constipés. Il y a là, je crois, une forme spéciale de la maladie qui est probablement liée à l'entéro-colite. Dans d'autres cas, l'appendicite s'accompagne de diarrhée fétide, et il s'agit alors d'une forme infectieuse, à marche aiguë, qui plus rapidement que la précédente provoque des perforations ou des péritonites. »

Il résulte donc nettement des quelques citations que nous venons de rapporter, parmi toutes celles que nous aurions pu reproduire :

1° Que l'entéro-colite muco-membraneuse doit compter parmi les causes pathogéniques possibles de l'appendicite, et plus particulièrement de ses formes, torpides, chroniques, à poussées peu intenses, subaiguës.

Ces données cliniques cadrent assez bien, du reste, avec les lésions appendiculaires, légères (folliculites, rétrécissements fibreux, etc.) que l'on trouve lorsqu'on est appelé à opérer à froid ces appendicites.

Cependant, on peut aussi observer chez ces malades la crise appendiculaire suraiguë, ou aiguë, soit primitivement, soit à la suite de plusieurs poussées. Le plus souvent la crise appendiculaire ne survient qu'après plusieurs crises d'entéralgie généralisée ou localisée (à forme appendiculaire, gastrite hépatique, sigmoïdite). Plusieurs de nos observations (LIII, LV, LVI, LVII, LIX, LX) sont caractéristiques sur ce point.

2° Que, de l'avis de tous les auteurs, l'appendicite, même chronique, à poussées assez nettes pour forcer le diagnostic, est encore relativement assez rare dans le cours de l'entérocolite muco-membraneuse.

Nous ferons remarquer cependant que, dans les observations d'appendicite que l'on trouve reproduites un peu partout, les troubles intestinaux (constipation, avec ou sans crises diarrhéiques) sont signalés souvent, mais sans plus de précision. Dans un certain nombre de ces cas, d'après nous, l'entéro-colite muco-membraneuse aurait été notée, si l'attention du malade avait été particulièrement éveillée sur ce point.

Depuis les discussions que nous avons rapportées, plusieurs cas ont été publiés, sans compter ceux cités dans la thèse de Vorbe (1) ; nous en avons réuni quelques-uns.

Malgré cette réserve, nous ne pouvons considérer l'appendicite comme très fréquente dans le cours de l'affection qui nous occupe. Mais il y a lieu de remarquer, avec Lucas-Championnière (2), Baraduc (3), Guénard (4), que l'appendice aura d'autant plus de chance d'être intéressée au cours de l'entérocolite muco-membraneuse, que les accidents seront plus localisés au niveau du cæcum.

C'est cette remarque qui nous permet de tenter une explication de la rareté relative de l'appendicite au cours de l'entérocolite muco-membraneuse. D'après l'étude critique des observations que nous reproduisons, nous pouvons donc, il nous

(1) VORBE, Thèse de Lyon, 1898.

(2) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Académie de médecine*, 1897.

(3) BARADUC, cité par RECLUS, *Académie de médecine*, 1897.

(4) GUÉNARD, cité par RECLUS, *Académie de médecine*, 1897.

semble, émettre l'hypothèse suivante : l'appendicite paraît plus particulièrement liée aux crises d'entéro-typhlo-colite. Mais ces dernières sont assez rares, en somme, dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse. Les crises d'entéralgie généralisée, de longue durée, quoique beaucoup plus fréquentes, sont elles-mêmes rares et peuvent, du reste, manquer complètement.

Nous ne croyons pas que la crise de typhlo-colite, créée, à elle toute seule, la lésion appendiculaire, il y a là de surajouté un processus infectieux particulier. Si ce dernier manque, ce qui arrive souvent, l'appendicite n'a pas plus de raison pour présenter des modifications de structure, que n'en a le cæcum.

Or, on est d'accord, comme nous le verrons, pour considérer les lésions de l'entéro-colite muco-membraneuse comme insignifiantes et nullement inflammatoires, ces crises n'étant dues qu'à un spasme intestinal. Les conditions changent, quand à la suite d'une exagération de la virulence microbienne, sous une cause quelconque, surviennent des accidents infectieux compliquant la crise d'entéralgie localisée au cæcum. Plus fréquentes dans l'enfance, ces complications infectieuses qui, dans toute autre portion du côlon, n'entraîneraient que peu ou pas d'accidents locaux, acquièrent ici une gravité plus grande par suite de la présence de l'appendice, qui peut s'infecter à son tour. Encore est-il juste de faire intervenir des causes prédisposantes, dues à la longueur de l'appendice, à la portion qu'il occupe par rapport au cæcum. Ces causes, toutes personnelles, peuvent favoriser la localisation microbienne au niveau de l'appendice et entrer en ligne de compte dans l'évolution ultérieure des lésions.

Ces considérations nous semblent expliquer la rareté de l'appendicite survenant dans l'entéro-colite muco-membraneuse des adultes et sa plus grande fréquence dans l'enfance, où les accidents infectieux semblent plus nombreux.

Pour être complet dans l'étude des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse, rappelons que, pour Robin (1), ce sont deux modes de retentissement intestinal de l'hypersthénie gastrique, qui crée une constipation spéciale. L'appendicite serait liée à la coprostase cæcale, et l'entéro-colite muco-membraneuse à la coprostase colique et iliaque ; si cette dernière est en même temps cæcale, les deux affections se rencontrent associées.

Certains auteurs enfin ont cru pouvoir admettre que l'entéro-colite muco-membraneuse pouvait n'être qu'une complication de l'appendicite. Vorbe, Broca, Beurnier s'élèvent, avec raison d'après nous, contre cette assertion.

Hémorroïdes et entéro-colite muco-membraneuse.

— Les hémorroïdes internes et externes coexistent souvent avec l'entéro-colite muco-membraneuse. On ne saurait s'en étonner outre mesure, puisqu'il s'agit presque toujours de sujets arthritiques, constipés par le fait de leur affection intestinale.

Il nous semble cependant intéressant d'insister sur cette complication, car elle explique souvent la présence du sang que l'on retrouve dans les selles des malades, et qui pourrait, à un examen incomplet, faire croire à une forme grave d'entéro-colite muco-membraneuse qui n'existe pas.

Comme nous le verrons au diagnostic, les symptômes propres aux hémorroïdes, et plus particulièrement les crises

hémorroïdaires pourraient, en plus, en imposer pour une entéro-colite muco-membraneuse.

Péritonite chronique et entéro-colite muco-membraneuse. — Quelques auteurs, avec Mercier (1), admettent la péritonite chronique comme complication possible de l'entéro-colite muco-membraneuse. M. Beurnier (2) insiste sur cette complication qui pourrait, dans certains cas, nécessiter une intervention chirurgicale. « Il arrive assez fréquemment, dit-il, que chez les malades atteints de colite muco-membraneuse, le gros intestin chroniquement enflammé, dans toute son épaisseur, contracte des adhérences étroites avec l'épiploon, qui finit par être complètement fusionné avec lui. De là, tiraillements et douleurs pendant les mouvements de la marche, et impossibilité absolue de vaquer aux occupations ordinaires et professionnelles. »

À l'appui de cette opinion, il rapporte que, dans un cas opéré comme appendicite, on trouva un appendice sain à la vue et à l'examen microscopique, tandis que l'on constata une fusion absolue de l'épiploon avec le gros intestin qui s'étendait à toute la hauteur du côlon ascendant. Cette soudu-
re expliquait les troubles observés.

Il nous semble toutefois que c'est là une complication exceptionnelle, et qui doit être mise, comme l'appendicite, sur le compte d'une affection surajoutée.

Affections utéro-annexielles et entéro-colite muco-membraneuse. — Cette association est fréquente, tellement

(1) BLONDEL, *Académie de médecine*, 1897.

(2) MERCIER, Thèse Paris, 1888.

(3) BEURNIER, *loc. cit.*

fréquente même, qu'on a voulu subordonner les troubles coliques aux lésions utéro-ovariennes. Par suite, cette question mérite une étude critique spéciale.

Tout d'abord, on doit rechercher la fréquence de ces deux affections chez les femmes ; puis, avant d'établir une relation de cause à effet entre les deux affections, voir s'il s'agit toujours, ou dans la majorité des cas, de la même lésion utéro-ovarienne, et, en dernier lieu, étudier par quel mécanisme intime cette corrélation s'établit.

Or, nous ferons remarquer que les lésions utéro-ovariennes sont d'une très grande fréquence chez les femmes, et il est rare d'en trouver, surtout parmi celles qui ont eu des grossesses, qui ne présentent pas, tout au moins d'une façon intermittente, quelques troubles sécrétoires ou douloureux. D'autre part, l'entéro-colite muco-membraneuse est très fréquente chez la femme. Il s'en suit qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de la coexistence des troubles utéro-ovariens et coliques.

Il faut donc, de toute nécessité, faire une classification parmi ces troubles. Or, les observations, spécialement publiées à ce point de vue, signalent les affections les plus diverses : *simples vices de position, métrites simples, dysménorrhée pseudo-membraneuse, salpingites, ovarites, ovaires scléro-kystiques, fibromes, kystes*, etc.

Toutes ces affections ne peuvent intervenir, de la même façon, comme facteur pathogénique de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Il en est d'abord, qui, grâce à l'augmentation de volume qu'elles provoquent du côté des organes génitaux internes, agissent simplement par compression. Il s'établit alors une

constipation par obstacle mécanique, extrinsèque au tube digestif. Cette compression permanente produit à la longue une véritable atonie des parois de l'intestin, avec constipation, qui peut s'accompagner ou non d'hypersécrétion muqueuse, mais, ce n'est en tout cas qu'indirectement que l'entéro-colite muco-membraneuse est occasionnée par l'affection utéro-annexielle.

Cette explication ne peut évidemment s'appliquer aux cas, où le petit volume de l'utérus ou de ses annexes ne saurait amener la compression du rectum. Ici trois théories ont été émises.

Il est des cas où les deux lésions coexistent parce qu'elles se rencontrent sur le même terrain diathésique, dont elles ne sont que des stigmates ou tout au moins des accidents. Ce serait le cas, suivant Beurnier, pour les ovarites scléro-kystiques.

Pour Blondel (1), ces lésions agiraient en créant une véritable névrose sécrétoire et motrice, ou tout au moins en l'augmentant lorsque cette dernière est préexistante. Ce serait là une cause efficiente agissant à distance. A côté d'elle, il faut considérer une action directe sur l'intestin, s'exerçant soit par la compression légère ou même par les tiraillements occasionnés par les brides cicatricielles, les fausses membranes, les adhérences, qui le relie à l'utérus ou aux annexes.

Enfin, la dernière théorie, plus particulièrement soutenue par Letcheff (2), confirmée par Monod, Ozenne, Pichevin, veut que l'entéro-colite muco-membraneuse soit sous la dé-

(1) BLONDEL, *Société de thérapeutique*, 1897.

(2) LETCHEFF, *De la colite muco-membraneuse chez les utérines*. Thèse Paris, 1895.

pendance d'une lésion inflammatoire communiquée des organes génitaux au gros intestin. Mais cette propagation infectieuse, qui se ferait par les lymphatiques unissant les deux organes, ne saurait donner lieu, du côté du côlon, qu'à un processus inflammatoire localisé. Or, nous ferons remarquer, avec M. Mathieu, que l'entéro-colite muco-membraneuse est une affection généralisée à tout le gros intestin. D'ailleurs, cette infection cadre mal avec l'absence complète de lésions inflammatoires de la muqueuse intestinale; celles-ci manquent, en effet, totalement dans les autopsies des cas typiques.

Ce n'est pas à dire que les troubles utéro-ovariens n'aient pas une influence nocive manifeste sur les manifestations morbides de l'intestin. Celles-ci, au contraire, même dans les cas d'intégrité des organes génitaux, semblent subir une recrudescence marquée avec les règles, la grossesse, l'accouchement (Dreyfus-Brissac, Vouzelle [1]). Les compressions, les congestions intenses que provoquent dans le petit bassin les lésions utéro-ovariennes, auront donc, à plus forte raison, un retentissement incontestable sur les symptômes de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Il faut se souvenir aussi que ces troubles génitaux exagèrent le nervosisme et que ce dernier est un facteur important dans l'appréciation que la malade fait de ses sensations.

Troubles urinaires et entéro-colite muco-membraneuse (Obs. LVI). — Nous avons déjà signalé, après Wannebroucq, de Courval, Mathieu, Gaillard, les troubles fonction-

(1) VOUZELLE, *loc. cit.*

nels que l'on rencontre du côté de la vessie, au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse. Ce sont là des accidents spasmodiques, douloureux, sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

Le professeur Hutinel (1) a décrit une cystite à coli-bacille qu'il aurait rencontrée chez des fillettes atteintes primitivement de vulvo-vaginite, puis d'affection du gros intestin : rectite, colite muco-membraneuse, folliculaire.

La nature de l'affection coli-bacillaire est nettement établie par la constatation directe, d'une part, de l'agent pathogène et de la rareté, d'autre part, de la cystite au cours de la vulvo-vaginite, affection si fréquente chez les petites filles.

L'entéro-colite muco-membraneuse ne saurait intervenir, dans ce cas, que par les poussées congestives qu'elle peut amener du côté de la vessie, en la rendant ainsi plus vulnérable. Le coli-bacille pénétrerait alors dans la vessie, peut-être à travers les parois rectales et vésicales, par simple propagation ou par la voie des lymphatiques, ce qui est admis par Raymond (2) et Wreden. C'est là la seule explication plausible pour le sexe masculin.

Chez les petites filles, il est plus naturel de penser que l'infection se fait par l'urèthre dont l'orifice interne, au même titre que le périnée et la vulve, peut être souillé par les matières fécales.

Affection scario-pulmonaires et entéro-colite muco-membraneuse. — Nous avons déjà insisté sur les troubles

(1) HUTINEL, Les cystites coli-bacillaires chez les enfants. *Presse médicale* 1896.

(2) RAYMOND, Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers la paroi. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1893.

réflexes signalés par le professeur Potain. Il semble que ce soient là les seuls phénomènes morbides que l'on peut rapporter à l'entéro-colite muco-membraneuse.

Cependant M. Richardière a observé un cas d'entéro-colite muco-membraneuse, au cours de laquelle il y a eu de la spléno-pneumonie.

Voici, d'après cet auteur, comment il faudrait comprendre les relations entre les deux affections. « Ce cas pourrait être rapproché des congestions pulmonaires réflexes, observées dans l'obstruction intestinale, dans les étranglements herniaires et quelquefois aussi dans la colique hépatique (Guéneau de Mussy) ; il semble toutefois qu'en raison des phénomènes généraux graves de la fièvre et de l'albuminurie, qui l'avaient accompagnée dans ce cas, elle doit être comparée aux broncho-pneumonies infectieuses, d'origine intestinale, dont Sevestre a démontré l'existence. »

Accidents nerveux et entéro-colite muco-membraneuse (Obs. LVII, LVIII, LIX). — Nous avons vu que l'affection intestinale s'accompagnait de différents troubles du côté du caractère et des fonctions psychiques. Nous avons même jugé utile de décrire une forme nerveuse de l'entéro-colite muco-membraneuse, où tous ces symptômes variés étaient poussés à l'extrême.

A côté de ces troubles qui font partie de la symptomatologie habituelle de l'affection, il en est d'autres, tels que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, qui ont été dans certains cas considérés comme ses complications. De fait, le traitement seul de l'entéro-colite muco-membraneuse a mis fin à tous ces accidents.

Ces faits paraissent jusqu'à présent n'avoir été rencontrés que chez les enfants. Chez l'adulte, ce n'est guère que la neurasthénie et les différentes psychoses qui peuvent se rencontrer avec les troubles intestinaux, quelle que soit du reste leur nature.

Nous devons nous demander quelles sont les corrélations entre les troubles intestinaux d'une part et les troubles cérébraux d'autre part.

Il y a sûrement une corrélation, admise par tous les cliniciens et surabondamment démontrée par les faits.

Les fatigues intellectuelles, les émotions morales, la peur déterminent souvent de la diarrhée. D'autre part, la coprostase influe sur toutes les fonctions cérébrales et sur le caractère. C'est là une notion de notoriété courante, qui trouve son application dans la dénomination de « constipés » que l'on donne, vulgairement, aux gens de caractère grincheux, acariâtre, aigri.

Pour expliquer cette influence des troubles intestinaux sur les fonctions cérébrales, on peut invoquer, avec le professeur Potain, une action réflexe partie de la muqueuse du gros intestin. Cette action paraît d'autant plus énergique que la lésion intestinale est plus superficielle, ce qui rentre dans le cas de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Nous croyons, cependant, qu'il faut surtout tenir compte de l'intoxication. On sait combien les encéphalopathies, les troubles hystériformes, épileptiformes sont fréquemment observés au cours des intoxications chroniques ou aiguës, accidentelles ou professionnelles (alcool, absinthe, morphine, cocaïne, sulfure de carbone, tabac, plomb, etc.). Le professeur Bouchard a montré, d'autre part, que les accidents nerveux,

observés dans l'urémie, pouvaient s'expliquer par une intoxication intrinsèque de l'organisme.

Il est donc naturel d'admettre que, dans l'entéro-colite muco-membraneuse, où les digestions sont anormalement effectuées dans un intestin de fonctionnement défectueux, il y a une production exagérée de toxines. L'absorption de ces dernières est facilitée par la coprostase.

Mais cette auto-intoxication est-elle capable, à elle seule, de créer les troubles nerveux ? Nous ne le croyons pas ; il semble qu'il faille une prédisposition particulière du sujet pour que les troubles cérébraux, ou les névroses se déclarent d'une façon permanente.

Dans les observations d'entéro-colite muco-membraneuse, les antécédents nerveux sont souvent notés ainsi que des modifications de caractère, des anomalies plus ou moins accentuées de l'émotivité, ou de la volonté. A un moindre degré ces tares constituent ce que l'on désigne usuellement par le terme vague de « nervosisme ». Quelquefois ces anomalies se précisent, et l'on a affaire à des déséquilibrés, aux dégénérés héréditaires de Magnan, ou à des hystériques. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner, si l'on voit, sur un pareil terrain, évoluer des accidents sous l'influence de l'auto-intoxication due à la coprostase.

Ces accidents seraient plus fréquents chez les enfants, qui ont une prédisposition plus grande à présenter des accidents cérébraux, allant même jusqu'au méningisme à l'occasion de la moindre affection toxique ou infectieuse.

En tout cas, l'entéro-colite muco-membraneuse entretient et exalte toujours les symptômes cérébraux préexistants, quelquefois même elle les fait naître chez les sujets prédisposés.

Dermatoses et entéro-colite muco-membraneuse (Obs. X, XXX, LX, LXI). — Parmi les différentes manifestations cutanées que l'on a pu observer au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, il en est d'aiguës et de chroniques.

Les manifestations aiguës s'observent surtout dans le jeune âge ; elles affectent toutes le type d'érythèmes polymorphes. Elles apparaissent surtout à la suite des crises paroxystiques, qui s'accompagnent de phénomènes infectieux. Nous croyons donc devoir les rapporter plus particulièrement à ces derniers.

Il en est d'autres à marche rémittente quelquefois, le plus souvent chronique, urticaire, prurigo, prurit, eczémas, séborrhées, qui semblent accompagner l'entéro-colite muco-membraneuse et présenter une aggravation parallèle. De tout temps, dans les causes étiologiques de ces affections, on a incriminé l'arthritisme, le nervosisme, les troubles digestifs. Il ne faut donc pas s'étonner de les voir coexister avec l'entéro-colite muco-membraneuse, qui évolue, elle aussi, sur un terrain neuro-arthritique. C'est cette notion étiologique qui nous explique la coexistence de ces affections, mais il faut reconnaître qu'ici encore l'affection intestinale a une influence néfaste sur l'évolution de la dermatose.

Enfin il est une dermatose spéciale, sur laquelle nous désirons attirer particulièrement l'attention, parce que nous ne l'avons trouvée signalée par aucun des auteurs qui se sont occupés de la question. Le malade qui fait l'objet de notre observation X présente cette affection d'une façon très nette. Les éléments primitifs sont constitués par des pustulettes de $1/2$ millimètre de diamètre au plus, reposant sur une base

légèrement inflammatoire et contenant, à son centre, une gouttelette de pus. Ces pustulettes se reproduisent par poussées successives et subintrantes, et s'accompagnent d'une sensation mordicante pénible, constante, exagérée le soir et pendant les périodes digestives.

C'est là une affection bien connue du Dr Brocq, qui en a même fait, en 1898, le sujet d'une leçon à sa polyclinique dermatologique de l'hôpital Pascal, sous la dénomination de « *Eruptions pustuleuses miliaires récidivantes de la face* (*Couperose pustuleuse miliaire*) ».

M. Brocq a bien voulu nous remettre les notes qui lui ont servi pour cette leçon clinique. Nous pensons que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire textuellement la description si précise qu'il donne de l'élément primitif, caractéristique de cette affection, de ses différentes formes et de sa marche.

« Quand on examine avec soin les régions malades, on ne tarde pas à y découvrir un assez grand nombre de petits éléments miliaires, à peine de la grosseur d'une toute petite tête d'épingle, plus exactement d'une tête d'aiguille. Leur base est d'un rouge vif, quelques-uns font une fort légère saillie au-dessus du niveau des téguments, de telle sorte qu'on peut s'apercevoir de leur existence en passant doucement la pulpe de l'index sur les régions atteintes ; d'autres, au contraire, développées sur des surfaces érythémateuses, ne semblent faire aucune saillie notable. Leur centre est d'un jaune blanchâtre ; il est constitué par un tout petit soulèvement de l'épiderme, par un peu de sérosité purulente. Après l'ouverture de la pustulette, il reste une toute petite dépression arrondie, intra-épidermique, qui se cicatrise et disparaît avec la plus grande rapidité.

Cet élément repose d'ordinaire sur un fond primitivement érythémateux et télangiectasique. Parfois cependant il semble se développer sur une peau en apparence à peu près saine, et l'on peut voir alors dans quelques cas, tout autour de lui, rayonner des télangiectasies accidentelles qui diminuent de volume ou qui tendent même à disparaître après son évolution.

L'examen macroscopique attentif de ces éléments et leur analyse raisonnée, en l'absence de biopsies que nous n'avons jamais pu opérer, nous conduisent à penser que ce sont de petites pustulettes miliaires développées dans le corps de Malpighi s'accompagnant d'une congestion assez intense du corps papillaire sous-jacent et d'une dilatation des capillaires du voisinage.

Leur mode de production est des plus rapides. Une malade se couche avec la figure en bon état relatif, elle se réveille le visage criblé de ces petits éléments. Ils évoluent avec une assez grande rapidité, parfois en 48 heures, parfois leur durée peut être de 5 ou 6 jours.

Ils sont d'ordinaire discrets, bien distincts les uns des autres, dans quelques cas cependant ils peuvent être groupés au nombre de 4, 5 et même davantage.

Si l'on voulait préciser, mais cela ne me paraît pas être dans l'espèce d'une grande utilité on pourrait décrire à cette affection trois degrés d'intensité :

« 1° Une forme intense dans laquelle la figure, dans sa totalité ou sa presque totalité, est comme criblée de ces éléments pustuleux dont le volume peut parfois atteindre celui d'une très grosse tête d'épingle. Ils reposent sur une base plus ou moins inflammatoire parfois assez nettement papuleuse d'un

rouge vif et tout autour s'irradient presque toujours des télangiectasies volumineuses. Les personnes qui en sont atteintes sont véritablement défigurées et elles souffrent de sensations de cuissons, de brûlures et surtout de congestions des plus pénibles du visage. Cette forme évolue comme les autres d'ailleurs par poussées successives, mais elles sont ici subintrantes, de telle sorte que la figure peut être plus ou moins criblée de papulo-pustules, plus ou moins rouge et tuméfiée suivant les périodes, mais elle n'est jamais à l'état de calme. Quand elle atteint ce degré d'intensité, ce qui est rare, cette affection est méconnue dans sa véritable nature par la plupart des praticiens qui en font de l'impétigo ou de l'acné simple, ou qui pensent même parfois aux fièvres éruptives. Elle diffère nettement de ces dermatoses par son aspect spécial, par le petit volume des éléments éruptifs, leur caractère pustuleux d'emblée, leur dissémination et leur localisation si spéciale, leur rapide évolution et leurs incessantes récidives sous la forme de poussées successives.

2° La forme moyenne est beaucoup plus commune que la précédente et les spécialistes sont fort souvent consultés par des femmes et même par des hommes qui en sont atteints. Elle se caractérise comme la précédente par des éruptions successives des petits éléments pustuleux ou mieux légèrement papulo-pustuleux que nous avons décrits ; mais ces éléments sont pour la plupart minuscules, de la grosseur d'une fine ou d'une moyenne tête d'épingle, on n'en trouve que quelques-uns de volumineux, çà et là disséminés. Leur nombre, tout en étant relativement considérable au moment des poussées, est beaucoup moins grand que dans la forme précédente. Le visage n'est pas envahi d'ordinaire dans sa

totalité, du moins à un moment donné ; chez certaine personne, il n'y a qu'une ou plusieurs régions, le front, le menton, le nez, les parties voisines des joues, qui soient prises suivant les phases de la maladie, mais elles ne le sont pas toutes à la fois. Enfin il y a des périodes pendant lesquelles elles ne présentent que peu ou point d'éléments éruptifs. Elles éprouvent, elles aussi, les mêmes sensations douloureuses que celles de la précédente catégorie, mais bien plus atténuées. Ce qui domine chez elles ce sont surtout des congestions pénibles de la face, périodes pendant lesquelles elles peuvent devenir cramoisies, et parfois, mais pas toujours, des sensations de démangeaisons assez vives pour les engager à se gratter.

3° La forme légère est de toutes la plus fréquente ; elle est presque toujours masquée par un peu d'eczéma séborrhéique pityriasique (séborrhéide pityriasique) : elle siège surtout sur les faces latérales et les ailes du nez, les parties voisines des joues et le menton. Elle est caractérisée par de toutes petites pustulettes ou papulo-pustulettes à base rouge qui peuvent reposer sur la peau primitivement saine, du moins en apparence, mais qui, nous le répétons, se forment presque toujours sur une base préexistante de séborrhéides pityriasiques en plaques. Les sensations douloureuses se bornent dans ces cas à quelques démangeaisons ou cuissons assez peu accentuées et toujours à des bouffées de chaleur plus ou moins pénibles. »

D'après le même dermatologiste, cette affection peut coexister avec d'autres maladies de la peau du visage, la séborrhée, les séborrhéides pityriasiques, les télangiectasies. Il croit que les D^{rs} E. Besnier et Doyon (1) ont décrit des cas

(1) Traduction de KAPOSÍ, t. I, 2^e édit., 1891.

semblables sous les noms d'*acné érythémato-pustuleux*, d'*acné télangiectasique*.

Quant à la place qu'il faut lui assigner en nosographie, le D^r Brocq la rapproche des couperoses ou séborrhéides dont elle constitue une forme bien à part, la séparant nettement « de la papulo-pustule typique d'acné que l'on rencontre dans les couperoses vraies et dans les eczémas vrais.

Cette couperose pustuleuse miliaire se rencontrerait surtout chez les femmes, entre 30 et 50 ans, chez lesquelles on trouve des troubles gastro-intestinaux et souvent l'entéro-colite muco-membraneuse ainsi que des antécédents de nervosisme.

CHAPITRE IX

Pronostic.

Le pronostic des formes ordinaires de l'entéro-colite muco-membraneuse est plutôt bénin, cependant, on ne doit pas perdre de vue, qu'il s'agit d'une affection éminemment chronique, sujette à des exaspérations des plus pénibles pour les malades. Elle a un retentissement fâcheux sur la nutrition générale et sur les différentes névroses qu'elle provoque ou exagère : de là la nécessité de la combattre par un traitement énergique et prolongé.

Chez l'enfant l'entéro-colite muco-membraneuse est particulièrement grave par ses poussées aiguës et les complications infectieuses dont elle s'accompagne. Les troubles intestinaux ont une action fâcheuse sur le développement de l'organisme. Les enfants atteints de cette affection, sont de taille et de poids inférieurs à la moyenne de leur âge et il n'est pas rare de trouver chez eux des stigmates de rachitisme.

La forme continue grave s'accompagne d'une cachexie prononcée, pouvant arriver rapidement à l'éticite. Les hémorrhagies abondantes et répétées, qui peuvent survenir, assombrissent considérablement le pronostic.

CHAPITRE X

Pathogénie.

Quelques-unes des affections que nous avons étudiées dans le chapitre précédent : les gastropathies, les ptoses, les affections utéro-ovariennes joueraient, d'après certains auteurs, un rôle important dans la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse. L'étude critique à laquelle nous nous sommes livré au sujet des rapports que l'on était en droit d'établir entre cette dernière et les premières, nous a convaincu de leur moindre importance. Nous avons vu que, dans la majorité des cas, l'on pouvait incriminer l'arthritisme, ou plutôt le neuro-arthritisme, pour expliquer l'association de quelques-unes de ces affections avec l'entéro-colite ; dans d'autres cas, la constipation paraît être le facteur intermédiaire indispensable. Ajoutons que trop souvent ces affections font défaut pour qu'on puisse leur attribuer, quand elles existent, une autre valeur que celle de causes occasionnelles banales.

Nous ne reviendrons donc pas sur cette discussion et nous nous proposons seulement d'étudier ici le rôle du neuro-arthritisme et celui de la constipation. Ces deux facteurs étiologiques se rencontrent, en effet, avec une constance trop marquée dans les antécédents de l'entéro-colite muco-membraneuse, pour qu'il n'y ait là qu'une simple association.

La diathèse arthritique est nettement affirmée dans tous les cas, non seulement par les stigmates ordinaires qui per-

mettent de la reconnaître, mais aussi, assez souvent, par la coexistence de manifestations plus sérieuses, comme la goutte, les lithiases biliaires et urinaires, etc.

De Langenhagen considère « l'entéro-colite comme un attribut très fréquent, un stigmate de la diathèse neuro-arthritique, à tel point que lorsqu'on aura à rechercher en clinique si un sujet est arthritique, on devrait s'enquérir de cette manifestation intestinale tout aussi bien que de la goutte, de la gravelle ».

Certains auteurs même rapprochent les troubles sécrétoires de l'intestin de ceux que l'on rencontre vulgairement chez les arthritiques au niveau des différentes muqueuses. Les sujets atteints, en effet, d'entéro-colite muco-membraneuse, présentent souvent des hypersécrétions catarrhales (coryzas de longue durée, bronchites tenaces) (Richardière). Blondel ayant étudié particulièrement l'entéro-colite muco-membraneuse qui se rencontre chez les femmes atteintes d'affections utéro-annexielles, remarque que toutes ces malades sont des arthritiques, et « à ce titre, les troubles sécrétoires leur sont particulièrement familiers, comme on sait. L'hypersécrétion intestinale n'est donc chez elles qu'un cas spécial de cette tendance à l'hyperémie que l'on retrouve chez tous les arthritiques et qui se manifeste sur leurs muqueuses à la moindre occasion, donnant aux filles la leucorrhée, aux garçons les blennorrhées interminables, à tous des sudations abondantes, la séborrhée, les conjonctivites chroniques, les bronchites sans fin, les coryzas perpétuels ».

Le nervosisme n'est pas moins constant dans les antécédents héréditaires et personnels ; il peut n'être caractérisé que par de simples anomalies psychiques, émotives, ou de carac-

tère ou encore par des accidents plus précis : hystérie, neurasthénie.

C'est par un état particulier du système nerveux que l'on explique les différents symptômes intestinaux : spasmes, hyperpersécrétion, constipation. Cependant on ne doit voir là qu'une prédisposition particulière de l'organisme, aussi Buttler et Mendelson vont trop loin, de l'avis de tous ceux qui se sont occupés de cette question, lorsqu'ils rattachent nettement l'entéro-colite muco-membraneuse à l'hystérie ou à la neurasthénie.

Buttler (1) admet, en effet, la pluralité des causes occasionnelles, mais, pour lui, le fait principal est le trouble nerveux sécrétoire de l'intestin, qui peut, du reste, s'étendre à la vessie et à l'utérus, et qui est nettement sous la dépendance de la neurasthénie et de l'hystérie.

Pour Mendelson (2), l'affection intestinale est sous la dépendance de la neurasthénie. Il prétend même qu'on ne trouverait pas un seul neurasthénique qui ne soit pas atteint d'entéro-colite muco-membraneuse, si l'interrogatoire portait spécialement sur ce point.

Les nombreux cas d'entéro-colite muco-membraneuse, qui ne s'accompagnent pas de manifestations nerveuses aussi différenciées, font justice de ces exagérations.

En tout cas, on ne peut s'empêcher de rapporter la plupart des symptômes de cette affection à un trouble des fonctions motrices et sécrétoires des filets nerveux de l'intestin, que l'origine de cette perturbation soit, du reste, centrale ou périphérique.

(1) BUTTLER, Membranous enteritis et pathological character and treatment, *New-York medical Journal*, 1895.

(2) MENDELSON, Mucous colitis a fonctionnal disease. *Medical record*, 1897.

Ces considérations se rapportent surtout aux crises que nous avons longuement décrites et qui donnent à l'affection un caractère si particulier, que la crise soit unique, légère, se répétant quelquefois tous les jours ou à des intervalles plus éloignés, qu'elle soit intense, prolongée, ou qu'elle se reproduise d'une façon subintrante, au point de constituer un « véritable état de mal » ; toujours elle se résume en une contracture du gros intestin avec hypersécrétion glandulaire.

Cette contracture spasmodique est perceptible à la palpation. C'est elle qui donne à l'intestin cette consistance spéciale comparée à un tuyau de caoutchouc, quelquefois même, à un tuyau de plomb. Cette contraction, comme la plupart des spasmes, est douloureuse et cela d'autant plus que les antécédents du malade sont plus riches en tares nerveuses.

Coexistant avec ce trouble moteur, se rencontre l'hypersécrétion muqueuse. Cette grande quantité de mucus, expulsé à la fin de la crise douloureuse, y mettant fin, est d'autant plus intéressante à signaler qu'elle se produit chez des constipés dont les matières sont d'ordinaire fragmentées, ovillées, dures et sèches. Aussi ne peut-on voir là une véritable diarrhée, mais seulement une décharge glandulaire intermittente, accompagnant le spasme et cessant avec lui. Il est, en effet, à remarquer que des malades, spécialement interrogés à ce point de vue, assurent que, si forcés par les circonstances ou les convenances, ils arrivent à résister au besoin pressant de défécation, qui marque la fin de la crise, ils ne le sentent plus revenir, et les matières expulsées, plus tard, ont leur caractère de sécheresse ordinaire.

Ainsi donc le neuro-arthritisme, par l'examen seul des faits, paraît un facteur important dans l'entéro-colite muco-mem-

braneuse. On ne peut pas cependant admettre qu'il soit seul en jeu. Nous ne lui attribuons qu'un rôle de prédisposition nécessaire, indispensable pour ainsi dire.

Au nombre des causes occasionnelles, celle, dont l'influence est la plus étudiée et paraît la mieux établie, est la constipation. Mais ce n'est là qu'un syndrome dépendant de causes multiples ; aussi est-il nécessaire de rechercher si, parmi les différentes constipations, il n'en est pas qui, plus particulièrement, s'accompagnent d'entéro-colite muco-membraneuse.

La constipation passagère, due à quelques erreurs hygiéniques, à une mauvaise alimentation, ne saurait nous arrêter longtemps. Elle peut, il est vrai, s'accompagner d'hypersécrétion muqueuse, mais celle-ci disparaît avec la coprostase, à la suite d'une purgation et ne reparaît plus : ce n'est là qu'un trouble passager et non une maladie.

Dans les antécédents des malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, on note, au contraire, une constipation habituelle, durable, préexistante, remontant à une date éloignée. C'est cette forme particulière que nous aurons plus spécialement en vue.

Encore faut-il ici faire une division qui nous paraît capitale.

Fleiner (1) et, après lui, MM. Mathieu (2) et Soupault (3), divisent la constipation en constipation atonique et constipation spasmodique.

La première, comme l'indique sa dénomination, résulte de l'absence, d'une insuffisance tout au moins, de la contractilité des fibres musculaires intestinales.

(1) FLEINER, *loc. cit.*

(2) MATHIEU, *loc. cit.*

(3) SOUPAULT, *loc. cit.*

On peut, du reste, subdiviser cette constipation atonique en symptomatique et en idiopathique.

Symptomatique, elle résulte d'un obstacle mécanique au cours des matières, siégeant soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, soit encore dans les parois intestinales. Aussi, dans son étiologie, trouve-t-on signalés : les polypes, les hémorrhoïdes, les brides péritonéales, les compressions par les tumeurs abdominales ou les organes voisins déplacés, tout aussi bien que les vices de position du côlon, ses rétrécissements cicatriciels, cancéreux, etc. Quelle que soit du reste la cause primordiale, les accidents consécutifs sont les mêmes : coprostase par arrêt des matières en amont de l'obstacle, rétro-dilatation de l'intestin allant jusqu'à la surdistension, et amenant la parésie du gros intestin.

Dans ces cas, la production exagérée de mucus, se concrétant ou non sous forme de fausses membranes, peut s'observer, mais d'une façon secondaire. Ce n'est, en réalité, qu'un épiphénomène.

Nous en rapportons un cas très net (obs. XLV).

La constipation atonique, qui ne relève pas de ces causes, idiopathique peut-on dire, semble résulter d'une insuffisance de la motilité intestinale.

Cette constipation atonique semblerait surtout occasionnée par une vie trop sédentaire. « On peut la rencontrer, dit M. Mathieu (1), chez les jeunes sujets, mais elle est plus fréquente chez les gens âgés à cause de la faiblesse que présente la tunique musculaire de leur intestin ; elle pourrait, à la longue, s'accompagner d'entéro-colite muco-membraneuse.

(1) MATHIEU, *Thérapeutique des maladies de l'intestin*.

Le ventre est alors ballonné dans son ensemble, ou localement lorsque l'atonie est partielle. Les selles sont plus consistantes qu'à l'état normal, formant des blocs volumineux. »

C'est cette atonie intestinale, qui est considérée comme la cause occasionnelle efficiente pour ainsi dire de l'entéro-colite membraneuse par G. Sée, Potain, J. Simon, Malibran, de Langenhagen.

Tout dernièrement encore, Lyon (1) se fait le défenseur de cette théorie en s'exprimant ainsi. « Sous l'influence seule d'une prédisposition héréditaire (arthritisme), ou de causes acquises, mais l'hérédité jouant toujours un rôle, se produit l'atonie de l'intestin, à laquelle se joint le plus souvent la ptose : l'atonie détermine la stase stercorale, le durcissement des matières, d'où l'irritation constante de l'intestin, l'hyper-sécrétion muqueuse et la mise en jeu du sympathique abdominal, d'autant plus aisément que les plexus abdominaux sont directement sollicités à réagir par les tiraillements auxquels donne lieu l'intestin ptosé. D'où toute une série de réflexes, agissant d'abord localement, produisant les spasmes, les douleurs, etc., puis retentissant à distance sur le système nerveux général, d'autant mieux que celui-ci était déjà troublé antérieurement. Comme le dit avec raison Mendelson, l'effet réagit sur la cause et le malade tourne dans un cercle vicieux. »

Dans cette description si nette, si précise de la succession des accidents, l'atonie intestinale serait donc la cause nécessaire de l'entéro-colite muco-membraneuse. La coprostase qui l'accompagne déterminerait, à elle seule, les spasmes douloureux et l'hyper-sécrétion muqueuse.

(1) LYON, *loc. cit.*

Pour nous, et en cela nous partageons l'opinion émise par MM. Mathieu et Soupault (1), nous considérons ces cas comme les plus rares. Avec ces mêmes auteurs nous croyons, par contre, que l'entéro-colite muco-membraneuse accompagne plus spécialement, mais pas fatalement cependant, cette forme particulière de constipation, dite spasmodique par Fleiner.

Due à un resserrement spasmodique d'une certaine région du gros intestin, elle se rencontre plus spécialement chez les névropathes, les hypochondriaques, les neurasthéniques, les femmes atteintes d'affections utérines. C'est à son sujet que M. Mathieu (2) s'exprime ainsi : « Les matières fécales sont évacuées sous forme de petits fragments globulaires, de selles ovillées ou sous forme de cylindres minces, étirés, dont l'épaisseur ne dépasse pas celle du doigt ou d'un crayon. Cette forme de constipation se complique très volontiers de colite muco-membraneuse. Il semble que le même élément d'irritation névropathique provoque à la fois le spasme localisé de l'intestin et la sécrétion anormale de la muqueuse. »

Ainsi donc, de cette façon, les symptômes cardinaux de l'entéro-colite muco-membraneuse sont expliqués : la constipation avec sa forme si particulière des matières, les douleurs à forme paroxystique, les flux diarrhéiques, la fausse diarrhée, composée souvent et exclusivement de mucus. L'atonie partielle, que l'on observe au niveau du gros intestin, ne serait que secondaire ; elle serait due seulement à l'épuisement temporaire des nerfs moteurs de l'intestin.

Les autres symptômes, dits secondaires, trouvent une ex-

(1) SOUPAULT, *Bull. et mém. de la Société thérapeutique*, 1899.

(2) MATHIEU, *loc. cit.*

plication pathogénique suffisante, soit dans les réflexes partits du gros intestin, soit surtout dans l'auto-intoxication d'origine intestinale.

Il faut tenir compte aussi, dans leurs genèses, de l'infection microbienne. Celle-ci paraît avoir un rôle important dans les accidents infectieux qui peuvent accompagner, quelquefois, les crises d'entéralgie de l'adulte, mais surtout celles des enfants. Nous avons déjà vu que ces symptômes infectieux surajoutés donnaient un caractère spécial à l'entéro-colite muco-membraneuse de la première et de la seconde enfance.

Ce rôle microbien ne saurait surprendre, quand on réfléchit à la variété et à l'abondance de la flore microbienne intestinale. Rien n'est plus naturel que d'admettre que, dans certaines circonstances, les microbes exaltent leur virulence et ce, surtout au moment des crises paroxystiques, alors que l'intestin, par suite des troubles de son innervation, présente une moindre résistance.

Ajoutons, pour être complet, que certains auteurs voudraient admettre une infection dans la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Jusqu'ici les microbes isolés et cultivés ne paraissent être autres que ceux qui existent à l'état de parasites ordinaires du tube digestif. Cependant Thiercelin (1) a tout récemment isolé un microbe, qui, par ses caractères morphologiques et ses propriétés biologiques, se rapproche du méningocoque. Il lui ferait jouer un rôle important dans l'entéro-colite muco-membraneuse, qu'il serait capable de reproduire expérimentalement.

(1) THIERCELIN, *Société de biologie*, 1899.

CHAPITRE XI

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique est un des points les plus mal connus de l'entéro-colite muco-membraneuse. La pénurie des documents, que l'on possède, doit être attribuée à la rareté des autopsies et aux altérations cadavériques des muqueuses se produisant dès les premières heures qui suivent la mort.

Cependant on est d'accord pour considérer les lésions comme siégeant, seulement, au niveau du gros intestin, et dans toute son étendue.

Les lésions sont purement muqueuses et encore toutes superficielles ; elles consistent en une simple irritation avec desquamation exagérée.

Les autres lésions inflammatoires et les ulcérations, même très superficielles, doivent être considérées comme secondaires d'après Rothmann (1) qui a pratiqué l'examen histologique d'un cas. Sur les coupes colorées à la thionine, il a vu les bouchons de mucus pénétrer jusque dans les glandes.

Ces lésions, toutes superficielles, ne cadrent pas avec celles décrites par Wannebroucq (2), et retrouvées dans un cas par Thiercelin (3). Les lésions s'étendaient à toute l'épaisseur de

(1) ROTHMANN, Ueber enteritis membrana, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1893.

(2) WANNEBROUCQ, Comptes rendus de l'Association pour l'avancement des sciences. *Congrès de Lille*, 1875.

(3) In thèse VOUZELLE.

la paroi intestinale, s'accompagnant d'ulcérations pouvant aller jusqu'à la perforation.

On s'accorde, en général, pour ne pas rapporter ces cas à l'entéro-colite muco-membraneuse. Lereboullet (1), qui avait étudié la relation des cas de Wannebroucq, était moins affirmatif. Il admettait que les ulcérations superficielles de la muqueuse peuvent, à la longue, sous l'influence de la persistance de la cause qui leur a donné naissance, occasionner les lésions interstitielles de la muqueuse. Il ne faudrait donc pas se hâter de séparer « en les considérant comme deux maladies distinctes, deux phases d'un même processus anatomique ».

La composition des fausses membranes est mieux connue. Tous les auteurs insistent, d'une façon toute particulière, sur leur composition muqueuse. Ces productions ne seraient constituées que par du mucus sécrété au niveau des glandes coliques. Cependant quelques auteurs prétendent y avoir rencontré de la fibrine.

Des travaux dus à Kitawaga et à Akerlund, il résulte que la trame, partie fondamentale de ces productions, est constituée par du mucus plus ou moins concret. On y trouve aussi des cellules arrondies assez nombreuses, dont les unes sont, sans doute, des globules blancs, les autres des cellules de revêtement épithélial, éliminées avant d'avoir pu atteindre leur forme caractéristique.

Comme toutes ces fausses membranes représentent la même structure, nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'analyse qu'en a fait M. Rémy, dans un cas publié par le

(1) LEREBoullet, Contribution à l'étude de quelques accidents dus à la constipation. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1875.

D^r Huchard: « Ces concrétions sont constituées par un réseau de filaments blanchâtres de différents calibres, molles, mais résistant à la traction ; d'un blanc-gris dans l'eau, elles deviennent plus blanches dans l'alcool. Les filaments présentent au microscope une substance fondamentale striée longitudinalement. L'addition d'acide acétique ne change pas cet état.

Il s'agit donc de mucus, car la fibrine serait devenue homogène. Dans cette masse fondamentale, on voit des leucocytes, quelques globules sanguins, des cellules cylindriques, en petit nombre et déformées, quelques gouttelettes de graisse. »

Robin (1) insiste sur la disposition parfois spéciale des cellules épithéliales qui pourrait induire en erreur. Elles forment, en effet, quelquefois des traînées, des cylindres qui leur donnent l'aspect des glandes de l'intestin.

On reconnaît enfin à ces fausses membranes, les deux caractères chimiques suivants :

1° Elles se dissolvent presque complètement dans les alcalis délayés, surtout à chaud ;

2° Le filtrat, tout à fait transparent, traité par l'acide acétique, se trouble et forme un sédiment abondant.

Il est presque inutile d'ajouter que les fausses membranes sont d'une richesse extraordinaire en microbes. Il ne saurait en être autrement, étant donnée leur formation dans un milieu aussi septique que l'intestin.

(1) ROBIN, *Traité des humeurs*, 1874.

CHAPITRE XII

Diagnostic.

Le diagnostic doit être étudié séparément dans les formes ordinaires et dans les formes graves.

Encore est-on appelé à reconnaître l'entéro-colite muco-membraneuse, soit dans l'intervalle, soit pendant les crises d'entéralgie.

Dans l'intervalle de ces crises, le diagnostic est en général facile, il repose sur la constipation, la douleur, le rejet de débris de fausses membranes.

L'appréciation de chacun de ces symptômes peut donner lieu à des erreurs. C'est ainsi que la constipation peut exister, s'accompagner de douleurs, de flux diarrhéique, mais, à aucun moment, de mucosités. Il s'agit alors de constipation simple. Elle peut aussi passer inaperçue ; le malade, trompé par les selles diarrhéiques qu'il présente à différentes reprises, ne se croit pas constipé. Un interrogatoire précis montrera qu'il s'agit le plus souvent, dans ce cas, de constipation qualitative.

Les douleurs accusées par le malade peuvent être rapportées par lui et par le médecin à l'estomac, ce n'est que par le siège exact de la douleur, par la précision des troubles digestifs, que l'on pourra les rapporter à leur véritable cause.

Faudra-t-il encore se souvenir que l'entéro-colite muco-

membraneuse peut s'accompagner de différentes gastropathies.

Parmi ces dernières, l'hyperchlorydrie, avec ses troubles gastriques vagues après le repas, ses douleurs vives survenant 3 ou 4 heures après l'ingestion d'aliments, sa constipation, ne pourra guère se diagnostiquer que par l'examen du suc gastrique, d'une part, par l'absence de mucosités dans les selles, d'autre part.

Les douleurs dues à l'ulcère rond de l'estomac ont un caractère de transfixion particulier (douleur en broche). Les vomissements de sang pur sont fréquents.

Les mucosités, enfin, peuvent passer inaperçues, si le malade ne se livre pas à un examen direct de ces matières.

Leur aspect variable peut donner lieu aussi à des erreurs de diagnostic : les débris de fausses membranes peuvent être pris pour des fragments de ténia (Carret), ils peuvent être confondus avec des amas de leptothrix mélangés à du lait non digéré (Broca) ; avec du blanc d'œuf coagulé et rendu en nature (Nothnagel-Potain). Ce sont là des erreurs que l'on peut éviter par un examen microscopique.

Parmi les symptômes que nous avons considérés comme secondaires, il en est qui peuvent, par leur importance aux yeux du malade, égarer le diagnostic : les troubles cardio-pulmonaires, les troubles cérébraux. Ce n'est que par l'analyse précise de leurs caractères que l'on pourra les rapporter à leur véritable cause.

Au moment des crises d'entéralgie, le diagnostic est plus délicat, on peut croire tout d'abord à une crise qui n'existe pas.

Quelquefois, et surtout chez les enfants, une maladie infec-

tieuse quelconque peut, soit à son début, soit à un moment donné de son évolution, s'accompagner d'hypersécrétion muqueuse du gros intestin. Notre maître, le D^r Comby, nous a dit avoir souvent observé cette particularité. Nous en rapportons un exemple (Obs. XXII).

Il n'est donc pas inutile de rappeler les grands caractères qui permettront de faire le diagnostic positif de ces crises :

Antécédents nets d'entéro-colite muco-membraneuse, période prémonitoire de constipation, douleurs vives, siégeant dans le côlon, généralisées à toute son étendue, ou, tout au moins, avec irradiation nette sur son trajet, flux diarrhéiques avec matières muqueuses, et précédés d'une recrudescence marquée de la douleur ; ventre cependant dépressible, souple, sans hyperesthésie cutanée, sensation spéciale donnée par la palpation du côlon (corde, tube de caoutchouc, tuyau de plomb), absence habituelle de fièvre (caractère non absolu).

La crise paroxystique d'entéralgie généralisée pourra être confondue plus spécialement avec la crise d'entéralgie simple, la colique de plomb, la péritonite généralisée, la crise hémorrhéidaire.

L'entéralgie simple, bien étudiée par le professeur Potain(1), ne diffère que par l'absence des mucosités ; entre les paroxysmes aigus, les selles sont normales.

La colique de plomb s'accompagne de rétraction du ventre ; elle survient chez des individus présentant les stigmates de l'intoxication saturnine.

La péritonite généralisée est caractérisée par des phénomènes graves : hyperthermie ou, au contraire, hypothermie,

(1) POTIN, De l'entéralgie. *Semaine médicale*, 1891.

facies spécial, hoquet, vomissements franchement porracés, constipation absolue, météorisme abdominal, avec matité dans les zones déclives.

La crise hémorroïdaire s'accompagne de phénomènes locaux qui ne sauraient laisser de doute ; cependant il faut songer à la coexistence fréquente des hémorroïdes avec l'entéro-colite muco-membraneuse.

Dans la forme de pseudo-étranglement de la crise d'entéralgie de la colite, on n'a pas à faire le diagnostic avec l'étranglement interne. Par le fait, il s'agit d'un véritable étranglement par spasme, mais il faudra rechercher la cause de l'étranglement. Dans l'entéro-colite muco-membraneuse, on tiendra compte, en dehors des antécédents, de l'absence moins absolue des gaz et des matières, de la souplesse plus grande du ventre, de la moindre fréquence des mouvements péristaltiques, visibles à travers la paroi. Bientôt la débâcle diarrhéique, si spéciale, dissipera tous les doutes.

Dans les crises d'entéralgie localisée, on pourra penser surtout à l'un des syndromes douloureux néphrétiques ou hépatiques ou encore à l'appendicite.

Dans la colique néphrétique, en dehors de l'examen des urines, on trouvera les irradiations nettes le long de l'uretère, la douleur du cordon, la rétraction du testicule, la sensibilité spéciale de la fosse lombaire, qui manquent dans la crise paroxystique à forme néphrétique.

Les crises douloureuses, dues au rein mobile, s'accompagnent du déplacement du rein, appréciable à la palpation. Mais il faut se rappeler la coexistence possible des deux affections et souvent il sera difficile de rapporter les symptômes observés à leur véritable cause.

La crise de colique hépatique, avec son cortège symptomatique au complet, ne saurait occasionner d'erreurs ; il n'en n'est pas de même pour les crises frustes. L'examen des urines peut fournir des indications précieuses. Du reste, la douleur est localisée nettement au niveau de la vésicule biliaire (partie externe du grand droit), elle irradie dans l'épaule et le bras droit, et ne s'accompagne pas de flux diarrhéique.

Les crises d'entéro-typhlo-colite ne sont pas toujours faciles à distinguer, sinon de l'appendicite suraiguë, tout au moins des crises appendiculaires. Dans la typhlo-colite, la douleur est plus diffuse, à maximum nettement cœcal, avec irradiation dans le côlon ascendant et transverse, le ventre reste souple et dépressible.

Dans l'appendicite, la douleur est plus nettement localisée au point de Mac Burney, il y a de l'*hyperesthésie* cutanée, de la *défense* de la paroi, de la *submatité* ou même une sensation de tumeur dans la fosse iliaque droite.

Mais, comme nous l'avons vu, l'entéro-colite muco-membraneuse peut s'accompagner d'appendicite : quelques-unes de ces crises d'entéro-typhlo-colite, peuvent même n'être que des crises d'appendiculo-typhlo-colite. Dans ce cas, le diagnostic différentiel perd de son importance, la chose capitale est de reconnaître l'appendicite.

La dysenterie vraie, aiguë ou chronique, la dysenterie sporadique, la diarrhée de Cochinchine se distingueront facilement des crises dysentériques de l'entéro-colite muco-membraneuse, par l'aspect des matières qui ont plus franchement l'aspect de purée, par les débris de muqueuse, et par la notion étiologique.

Enfin les formes infectieuses à type dothiéntérique se

distingueront de l'embarras gastrique et surtout de la fièvre typhoïde par leur début plus brusque, la marche plus rapide, la douleur abdominale plus diffuse, l'absence ou le peu d'abattement et de torpeur ; le caractère spécial de la douleur annonçant le flux diarrhéique ; le manque de taches lenticulaires rosées ; enfin le séro-diagnostic pourra rendre des services.

Dans ses formes continues graves, l'entéro-colite muco-membraneuse pourra faire penser à un cancer viscéral, par l'amaigrissement, la teinte terreuse des téguments, les alternatives de diarrhée et de constipation, les hémorrhagies qui l'accompagnent habituellement. La palpation même pourra induire en erreur : des scybales, une masse stercorale irrégulière, pourront être prises pour une tumeur néoplasique.

Cette prétendue tumeur disparaîtra à la suite d'une purgation. De là, le précepte de Trousseau et de Barth qui recommandaient d'administrer un purgatif évacuateur avant de pratiquer l'examen.

Il faudra tenir compte de la longue évolution de la colite en opposition à la marche rapide du cancer. Le toucher rectal, la recherche des ganglions donneront, dans bien des cas, des renseignements d'une grande utilité.

L'entérite tuberculeuse se distinguera enfin par des matières toujours liquides, sans scybales, et par les autres manifestations de la diathèse sur les différents viscères.

CHAPITRE XIII

Traitement.

Le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse consistera à remplir ces différentes indications, déjà nettement posées par Germain Sée dans les termes suivants :

1° Evacuer les matières stercorales et les produits pseudo-membraneux sans recourir aux purgatifs ;

2° Calmer les douleurs sans employer les narcotiques ;

3° Eviter les accumulations gazeuses, le météorisme, le pyrosis ;

4° Combattre l'auto-intoxication, s'il y a lieu.

Comme plusieurs de ces indications sont remplies par la même pratique thérapeutique, nous étudierons successivement les moyens médicamenteux, physiques, diététiques.

Bien entendu, nous n'indiquerons ici que les données générales du traitement, car celui-ci doit varier avec la forme clinique de l'affection, et la susceptibilité particulière des malades. Cependant il y a lieu, à ce point de vue, d'envisager séparément le type spasmodique et le type atonique.

Nous commencerons par l'étude du traitement qui convient le mieux au type spasmodique, caractérisé, avons-nous dit, par les matières fragmentées, ovillées, les crises diarrhéiques, les fortes douleurs.

Les prescriptions médicamenteuses seront surtout employées pour combattre la constipation et la douleur.

Parmi les nombreux purgatifs, il faudra faire un choix judicieux et n'accepter que les laxatifs. Les purgatifs salins et drastiques, sont à rejeter ; leur action trop énergique ne ferait qu'augmenter ou provoquer le spasme intestinal que l'on doit combattre.

Cependant les purgatifs salins trouveraient, pour M. Mathieu, leur emploi, mais d'une façon passagère chez les obèses, les sanguins qui ont tendance à la pléthore abdominale.

On devra donc surtout avoir recours aux laxatifs, magnésie associée au soufre (Potain), le soufre avec l'extrait hyalcoo-lique d'hydrastis canadensis (G. Sée), la poudre de réglisse mélangée avec la magnésie, la crème de tartre, le soufre précipité (Mathieu).

On a pu ainsi obtenir de bons effets avec 4 gouttes par jour d'une solution de bichlorure de mercure à 1 0/0.

L'huile de ricin peut être donnée, mais à petite dose, une cuillerée à café ou à dessert plusieurs jours de suite, le matin à jeun.

On a même préconisé l'huile d'olive (G. Sée) ; mais alors il faut en donner de fortes doses : le 1^{er} jour, 3 à 4 cuillerées à bouche le matin à jeun, puis on augmente les jours suivants, jusqu'à un verre entier le 4^e jour.

Les narcotiques, en général, sont peu recommandables, car ils augmentent la constipation. Cependant la codéine, employée à doses fractionnées, jusqu'à 6 centigrammes par jour, a donné de bons résultats entre les mains de M. Mathieu. On devra quelquefois avoir recours à la morphine pour calmer les vives douleurs des crises paroxystiques.

Le médicament de choix est la belladone, qui se recommande par ses qualités anti-spasmodiques.

Parmi les autres médicaments qui se réclament de la même propriété, il-faudra rejeter les bromures, dont l'action est trop irritante sur les voies digestives supérieures.

Quant aux médicaments antiseptiques, antiputrides, pris par la voie stomacale, ils n'ont pas paru donner de résultats suffisants pour les recommander. Les lavements au nitrate d'argent trouveront leur emploi dans les formes dysentériques graves.

Parmi les moyens mécaniques employés pour combattre la constipation, nous insisterons particulièrement sur les grands lavements d'huile et sur les lavages intestinaux.

Les grands lavements d'huile préconisés par Fleiner exigent une technique spéciale que nous exposons d'après les données fournies par M. Mathieu.

Tout d'abord, il y a indication formelle de ne se servir que d'huile vierge (d'olives, d'amandes douces) de très bonne qualité et d'une pureté parfaite.

Les accidents légers que l'on pourrait observer après l'usage continu de ces lavements (brûlures le long du gros intestin, anxiété, agitation), proviendraient exclusivement de la mauvaise qualité de l'huile.

La quantité à employer est de 400 ou 500 grammes ; Collignon (1) (de Maubert-Fontaine, Ardennes) a employé, dans certains cas de constipation rebelle, plusieurs litres d'huile d'olive qui ont toujours donné une forte débâcle de matières stercorales.

Comme instrumentation, Fleiner se sert d'un irrigateur ordinaire et d'une canule en caoutchouc, en verre ou en os,

(1) COLLIGNON, *Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 10 déc. 1893.

cylindrique, droite, mais terminée par un bout olivaire de la grosseur d'un doigt.

Avec M. Mathieu, nous donnons la préférence au bock à injection, accroché au mur à 90 centimètres ou 1 mètre au-dessus du plan du lit.

Comme canule, on peut se servir de la sonde œsophagienne de Debove, que l'on enfoncera profondément dans le rectum, sur une longueur de 20 à 25 centimètres.

Il n'y a aucun danger à craindre dans l'introduction de cette sonde (ou d'une grosse sonde uréthrale en caoutchouc rouge, s'il s'agit d'un enfant). C'est une manœuvre qui s'effectue très facilement et sans douleur.

L'huile enfin devra être portée à une température voisine de celle du corps, c'est-à-dire vers 37°.

Le malade sera placé dans le décubitus dorsal, le siège soulevé par un coussin de 20 ou 25 centimètres de haut ; on aura la précaution de recouvrir ce dernier d'une toile imperméable.

Lorsque le liquide commencera à pénétrer, le malade s'inclinera d'abord sur le côté gauche pour favoriser l'arrivée de l'huile dans l'S iliaque, puis sur le côté droit pour la faire arriver plus facilement dans le cæcum.

L'évacuation des matières ne survient que plusieurs heures après le lavement. On peut et on doit, pour nettoyer complètement le gros intestin, renouveler le lavement d'huile plusieurs jours de suite. On suspend les lavements quand apparaissent les selles bilieuses.

D'après Fleiner, ces grands lavements d'huile agiraient d'une façon mécanique ou médicamenteuse suivant le segment considéré du gros intestin.

Dans les parties inférieures, l'huile ne jouerait qu'un rôle mécanique, en protégeant la muqueuse contre le contact des scybales indurées. Elle doit, en outre, sans nul doute, en favoriser le glissement.

Dans les parties supérieures du gros intestin, l'huile jouirait de propriétés laxatives par sa décomposition en glycérine et en acides gras.

Les grands lavages intestinaux à l'eau bouillie simple, ou contenant une petite quantité de borax pour alcaliniser le contenu du gros intestin, sont d'une pratique très recommandable dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Ils semblent remplir plusieurs indications thérapeutiques : on les emploie, en effet, comme évacuants, comme topiques et comme moyen mécanique pour assurer l'asepsie du gros intestin.

L'instrumentation nécessaire est semblable à celle exigée par les lavements huileux : bock et sondes molles en caoutchouc rouge.

La pression ne devra pas être trop considérable, 1 mètre au maximum au-dessus du lit ; la quantité d'eau est de deux litres en moyenne, sa température de 40°. L'eau aura été portée à l'ébullition pendant 10 minutes au moins, puis refroidie naturellement jusqu'au degré convenable (40°).

Le malade sera dans le décubitus dorsal, sur un plan horizontal, la hanche gauche légèrement surélevée. Suivant les malades, on devra agir avec plus ou moins de précautions. Ceux surtout qui sont prédisposés aux spasmes intestinaux devront être traités avec beaucoup plus de douceur. Il sera bon chez eux de diminuer la pression, ce qui augmentera le temps nécessaire à la pénétration du liquide. Dans les premières séances, on n'emploiera guère qu'un demi-litre à trois

quarts de litre, qu'on laissera ensuite s'échapper. Suivant la susceptibilité du malade, la quantité du liquide pourra être portée successivement jusqu'à deux litres, soit dans la même séance, soit dans les séances ultérieures.

Dans les cas d'atonie, au contraire, on pourra commencer par une plus grande quantité de liquide, et en augmenter la température, si le malade le supporte. On obtiendra ainsi l'action excitante que l'on recherche. C'est dans ces cas aussi que l'on pourra avoir recours aux douches ascendantes, qui, grâce à leur plus grande pression, agissent plutôt comme action mécanique excitante que comme lavage.

Enfin, ces grands lavages peuvent être employés pour combattre la constipation, et provoquer l'évacuation des matières fécales. Dans les cas de constipation rebelle, Malibran conseille la technique suivante. Un grand lavage rendu aussitôt, est suivi d'un lavement d'un demi-litre porté le plus haut possible dans l'intestin à l'aide de la sonde molle. L'eau en sera froide, ce qui permettra au patient de la garder plus facilement. Il doit la garder, en effet, plusieurs heures, d'où la nécessité d'employer ce moyen le soir. Le lendemain matin, le palper abdominal fait sentir les masses stercorales ramollies. Un massage permet, en outre, de produire la fragmentation de cette masse qu'un dernier grand lavage entraînera.

A l'extérieur, l'emploi de l'eau chaude ou froide trouvera de nombreuses applications.

Contre la douleur abdominale, au moment des crises, on a obtenu de bons effets par des applications de compresses humectées d'eau très chaude ou, au contraire, par des enveloppements froids, sous forme de ceinture, de demi-maillot.

Les bains tièdes prolongés jouissent de propriétés calmantes qui seront mises à contribution pendant les crises.

Les douches tièdes ou froides, suivant l'état général et le tempérament du malade, sont recommandées ; en aucun cas, elles ne devront être dirigées sur le ventre.

Tous ces moyens hydrothérapiques sont couramment employés aux stations balnéaires, surtout à Plombières et à Chatel-Guyon. La cure hydrominérale, faite dans l'une ou l'autre de ces stations, a donné de bons résultats dans la majorité des cas.

Plombières semble plutôt indiqué dans les cas où les phénomènes spasmodiques, entéralgiques, et les manifestations générales du nervosisme sont des plus marqués, ainsi que chez les rhumatisants chroniques.

La question de régime alimentaire est de la plus grande importance.

Le régime lacté, que l'on devra instituer pendant les paroxysmes aigus, ne semble pas avoir de bons résultats pendant les périodes d'accalmie.

Dans le régime, on devra éviter les mets épicés et toutes les substances chimiquement ou physiquement irritantes.

L'alimentation devra être riche sous un petit volume, finement divisée, assez abondante pour représenter une ration d'entretien suffisante : on éliminera les résidus indigestes, les mets en voie de putréfaction, riches en toxines et en microbes.

On aura donc plus spécialement recours aux œufs, aux viandes de boucherie ou de basse-cour, soit rôties, soit grillées.

Pour éviter la constipation que tendrait à produire un pa-

reil régime, exclusivement carné, on pourra permettre, mais en petite quantité, les légumes secs ou verts, mais seulement en purée, passée au tamis.

Les fruits cuits, sous forme de compotes passées, peuvent être recommandés ; les fraises, cependant devront être interdites.

Comme boisson, on pourra autoriser le vin, en très petite quantité, coupé de beaucoup d'eau, ou même l'eau pure.

Le café, le thé, les liqueurs, surtout les liqueurs fortes, sont à interdire.

Dans la forme atonique, où la constipation est le phénomène principal, où les douleurs manquent ou ne se montrent qu'à de rares intervalles on pourra avoir recours aux purgatifs ordinaires, huileux ou salins, pris en petite quantité, qui semblent donner de bons résultats.

Le régime alimentaire sera mixte, les légumes peuvent y entrer pour une large part.

Les différents moyens physiques, employés dans le but de réveiller la contractilité musculaire intestinale et abdominale, trouvent alors des indications précises. Le massage intestinal, l'électricité sous toutes ses formes, la gymnastique, surtout la gymnastique suédoise, devront être employés, et donneront généralement des résultats satisfaisants.

Il ne faudra pas négliger dans le traitement de l'entérocélite muco-membraneuse, les indications spéciales tirées des associations morbides, fréquentes, que nous avons longuement étudiées. C'est ainsi que les complications gastriques, le rein mobile, les affections utéro-ovariennes, les névroses, pour n'en citer que quelques-unes, fourniront des indications spéciales et réclameront un traitement approprié.

CHAPITRE XIV

Observations.

L'ordre que nous avons suivi dans le classement des observations rapportées ici, nous a été imposé par la nécessité de rassembler ces documents, suivant la marche, ou la prédominance de quelques-uns des symptômes de l'affection. Nous les avons donc divisées en plusieurs groupes répondant chacune aux différentes formes cliniques que nous avons été amené à établir. Cette division est bien entendu purement conventionnelle, car plusieurs de nos observations présentent des particularités qui devraient les faire classer dans plusieurs groupes à la fois.

Groupe I. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE A FORME LATENTE.

OBS. I (traduit d'EDWARDS). — *Présence de fausses membranes dans les selles d'une constipée, sans aucun trouble de la santé générale.*

S. H..., âgée de 31 ans, de bonne constitution apparente, mariée 9 ans et demi avant la publication de cette observation. Un seul enfant né il y a 27 mois. L'accouchement et ses suites furent normaux. Pas de fausses couches ni d'affection utérine. A toujours eu une bonne santé, n'est ni nerveuse ni hystérique ; aucune tare héréditaire. Le fonctionnement des divers organes paraît parfait. Il y a 3 ans, à la suite d'une forte atteinte de dyspepsie, a rendu par l'anus une fausse membrane, de 14 pouces environ de long.

Depuis, l'expulsion de fausses membranes a continué et leur quan-

tité a été à peu près de 2 gallons (près de 10 litres). Ce qui est particulier dans ce cas, c'est que la malade ne se plaint ni de coliques, ni de ténésme, ni de tuméfaction, ni de douleur, pendant et avant l'expulsion.

La constipation est ordinaire, et le rejet de fausses membranes donné comme constant. Dans les selles, il n'y a jamais eu de sang. La santé générale de la malade est excellente. Ses règles sont régulières non douloureuses, elle se trouve parfaitement bien, et si ce n'était la préoccupation que lui cause son affection, elle se considérerait comme étant en parfaite santé.

Groupe II. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE A FORME CONTINUE.

Obs. II (inédite, due à l'obligeance du Dr SOUPAULT). — *Entérite muco-membraneuse.* — *Neurasthénie.*

Mme B...., couturière, 29 ans. Entrée le 29 juin 1898. Aucun antécédent personnel. Réglée à 12 ans régulièrement ; un enfant il y a 5 ans.

A commencé à souffrir de l'estomac il y a 3 ans 1/2. Mangeait vite habituellement, mastication insuffisante. Prenait du vin à ses repas et un petit verre de cognac par jour. Appétit diminué. Sifflements et bourdonnements d'oreilles, étourdissements et ensuite vomissements bilieux précédés de nausées revenant vers 4 heures du matin. Grandes douleurs au creux épigastrique survenant une heure après le repas.

Régime lacté absolu depuis 2 mois et régime médicamenteux dont elle ne peut spécifier la nature. Au bout d'un mois soulagement durant 2 ans. Les bourdonnements d'oreilles continuent cependant et des crises douloureuses se montrèrent pendant des périodes d'un mois environ.

Les douleurs reparurent il y a 5 semaines et s'accompagnèrent de bourdonnements d'oreilles, d'étourdissements, de vertiges revenant vers 3 heures de l'après-midi et à 4 heures du matin. A la suite de nausées et de vomissements elle se sent soulagée. Constamment elle a une sensation de poids au creux de l'estomac.

Dès le lever, le matin, elle a une sensation de faiblesse avec étourdissement et éreintement. Vers 3 heures de l'après-midi et à 4 heures du matin elle a des vertiges qui se terminent par des vomissements.

Jamais de scotôme scintillant. Très constipée et rend quelquefois des peaux et des glaires. Jamais d'hématémèse ou de mélena. Amaigrissement assez considérable.

Cette malade est une nerveuse, et présente des symptômes de neurasthénie, éreintement matinal, maux de tête fréquents, rachialgie, émotivité, pas d'hémianesthésie, pas de rétrécissement du champ visuel, pas de signe d'Argyll Robertson, pas de thermo-anesthésie, pas de diminution de force unilatérale.

A l'examen clinique, l'estomac ne paraît pas dilaté.

Obs. III (personnelle, recueillie dans le service du Dr COMBY à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Entéro-colite muco-membraneuse, à forme continue.* — *Rein mobile.*

Henriette Mén..., âgée de 10 ans, entrée, salle de Chaumont le 10 janvier 1900.

Père et mère bien portants.

Née à terme, après un accouchement difficile ayant nécessité l'emploi du forceps. Elevée au biberon avec tube.

Pendant sa première enfance a été très bien portante. A 5 ans angine diphtérique soignée par le sérum de Roux.

Quelques jours après, elle est prise subitement de douleurs abdominales, de coliques irradiées à tout l'abdomen, avec suppression des selles. Au bout de quatre jours, les accidents cessèrent et la santé se rétablit. Nous n'avons pu avoir de renseignements sur la nature et l'aspect des selles qui suivirent cette crise entéralgique.

Depuis quelque temps, elle se plaint fréquemment de douleurs de ventre. Ces douleurs qui peuvent se reproduire 3 ou 4 fois par jour, provoquent le besoin de défécation. La selle qui se produit alors calme la douleur. Elle semble absolument liquide, d'odeur infecte sans matière glaireuse. nous affirme la mère, qui du reste avoue n'avoir pas apporté une grande attention à cet examen.

En dehors de ces crises diarrhéiques, la constipation est la règle ; plusieurs jours peuvent se passer sans crise.

Il y a un mois environ, nouvelle crise entéralgique avec constipation qui nécessite une purge.

Les premières selles, précédées par de violentes douleurs, ne sont composées que de matières dures fragmentées ; comme la première fois, la mère n'a pas noté de glaires.

Depuis les douleurs reviennent sous forme de petites crises subintrantes, quelquefois 3 ou 4 fois par heure.

Le repos au lit calme la douleur, les nuits sont bonnes.

Etat actuel. — Langue un peu saburrale, ventre souple et dépressible, la palpation bi-manuelle fait sentir le côlon rétracté sous forme de tuyau de caoutchouc.

Le rein droit est abaissé par la palpation, le 1/3 inférieur de l'organe est accessible, la pression entre les 2 mains le fait rentrer dans sa loge.

A l'examen, les matières paraissent dures, fragmentées en forme de scybales, accompagnées de fragments de fausses membranes.

OBS. IV (LABORDE, *Société anatomique*, 1868, Résumée). — *Entérocélite muco-membraneuse à forme continue.*

Dame de 40 ans, santé parfaite, fièvres intermittentes guéries depuis longtemps, hypochondriaque, tempérament nerveux, était sujette à des accidents gastro-intestinaux caractérisés par des coliques violentes, des épreintes et une constipation opiniâtre et permanente qui nécessitait journellement l'emploi des lavements. Grande exagération et bizarrerie d'expressions et de rapprochements dans le récit de ses souffrances. Elle était convaincue qu'elle était en proie à une légion de vers intestinaux ; elle a la langue blanche, l'appétit modéré.

Nutrition suffisante, pas de dysenterie, aucune lésion organique.

Chaque jour, en allant à la selle, elle rendait une grande masse de détritux muqueux. Ces productions se présentaient sous la forme de lambeaux ayant de 75 centimètres à un mètre de longueur, d'une couleur blanche grisâtre translucide ; élastiques et sans la moindre trace de vascularisation. Au microscope, on pouvait constater l'existence de

cellules épithéliales et de globules de mucus en grand nombre, englobés dans une masse de tractus fibrillaire.

Groupe III. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE AVEC CRISES
D'ENTÉRALGIE SIMPLE.

OBS. V (EINHOR). — *Entéro-colite muco-membraneuse à forme continue avec entéralgie, et rejet de mucus en dehors des évacuations alvines.*

Miss. L. N., 28 ans, a souffert, il y a 11 ans, de diarrhée pendant 2 ou 3 mois.

Il y a 1 an, elle recommença à avoir de la diarrhée. Bientôt apparurent des périodes de constipation opiniâtre alternant avec de la diarrhée. De temps en temps, elle remarqua du mucus dans ses selles, toutes les 5 ou 6 semaines, elle eut des douleurs abdominales, durant 1 ou 2 heures, suivies d'une évacuation de mucus pur, dont la quantité peut être évaluée à une ou deux cuillerées à bouche. L'appétit fut toujours bon. Quelques éructations. La malade a maigri de 25 livres. Le sommeil était bon, seulement troublé de temps à autre ; pendant quelque temps les forces diminuèrent beaucoup. La palpation de l'abdomen révèle des points sensibles à la pression sur tout le trajet du côlon. L'examen des matières fécales, entre les paroxysmes, montre une petite quantité de mucus bien mélangé aux matières. Après les crises douloureuses, les mucosités sont rendues, sans matières fécales, d'apparence d'un gris blanchâtre. et deviennent grises par la solution triacide d'Erlich.

OBS. VI (due à l'obligeance de M. A., interne des hôpitaux de Paris qui l'a recueillie sur lui-même). — *Colite muco-membraneuse avec crises d'entéralgie généralisée.*

Notre collègue appartient à une famille d'arthritiques : lui-même est d'un tempérament nerveux, émotif, sans tare spéciale. A 8 ans, il a eu une scarlatine fort grave (forme nerveuse). La constipation date de

l'enfance. Jusqu'à l'âge de 10 ou 11 ans il n'a jamais eu de crises d'entéralgie bien nettes.

Avant cet âge, il se rappelle, d'une façon indécise, avoir eu quelques coliques. Souvent, dans sa seconde enfance, il était réveillé la nuit par un malaise indéfinissable, avec agacement général, et quelquefois sensation d'un poids écrasant l'abdomen : au bout d'un quart d'heure tous ces phénomènes disparaissaient progressivement. Comme ces crises douloureuses ne se sont plus reproduites, il est impossible d'en préciser la nature.

Les crises d'entéralgie vraies surviennent depuis l'âge de 12 ans, sans règle aucune, à l'occasion d'émotion, de travail intellectuel (les jours de composition au collège, par exemple), mais surtout l'été, quand il fait le plus chaud, pendant le moment des vacances où les fatigues et les écarts de régime sont plus fréquents.

En général, la crise est précédée d'une période prodromique, pendant laquelle la constipation est plus opiniâtre. A ce moment on peut noter de la pesanteur de tête, de l'embarras gastrique, une diminution de l'appétit, des digestions lentes, de la pesanteur abdominale continue, (occupant surtout l'épigastre) ; un léger malaise général.

Les choses peuvent en rester là, si des selles abondantes surviennent ; sans cela la crise éclate.

Chaque crise est caractérisée par des paroxysmes douloureux, pouvant se répéter plusieurs fois par jour et cela quelquefois, pendant plusieurs jours de suite, la durée de chaque paroxysme varie de quelques minutes à 3 heures. La crise, en général, persiste tant qu'il ne s'est pas produit une débâcle.

Les paroxysmes douloureux apparaissent quelquefois le matin, mais surtout l'après-midi, vers 2 heures (1 heure après le déjeuner). C'est une véritable « colique sèche », c'est-à-dire une sensation tormineuse sous-ombilicale augmentant progressivement, devenant continue avec exacerbations, pendant lesquelles on a une sensation de crampe des plus vives, pouvant amener l'arrêt de la respiration.

La douleur est très difficile à définir et à localiser exactement : c'est une constriction, un tortillement ne s'accompagnant pas d'angoisses, siégeant toujours au-dessous de l'ombilic. Même lorsque la crise

est très forte, la douleur est supportable (il peut rester à causer, ne pas quitter la table, etc.) mais, en général, on s'aperçoit des souffrances à la pâleur et à la contracture du visage au moment des paroxysmes.

La douleur semble se calmer par l'immobilité complète, dans le décubitus dorsal, ou mieux encore le malade étant assis, penché en avant, les bras croisés, interposés entre le ventre et les cuisses.

Palpation abdominale pendant les crises. — Souplesse du ventre. Le côlon est perceptible très nettement, souvent sous la forme d'un tuyau de caoutchouc, quelquefois d'une dureté extrême, donnant la sensation d'un tuyau de plomb. Cette contracture varie d'un moment à l'autre, et l'on peut de temps en temps percevoir nettement les mouvements péristaltiques, s'effectuant de droite à gauche du côlon transverse. Quand la contracture n'est pas trop forte, on sent le côlon plein de scybales que l'on peut faire progresser par un massage léger (pétrissage). Ces manœuvres amènent un spasme au point où elles sont pratiquées.

Terminaison de la crise. — Elle est annoncée par la localisation des douleurs, et du spasme dans le flanc, la fosse iliaque gauche (le côlon descendant est seul contracturé et perceptible au palper).

Des gaz nombreux, fétides, émis par l'anus, amènent un soulagement; surviennent alors des envies de défécation irrésistibles, les selles très abondantes partent en fusée, les premières selles sont composées de scybales, puis de liquide, avec matières dures agaçant l'anus par leur passage. Cette débâcle calme la crise, qui ne reparait que si la constipation dure plusieurs jours.

Aussi s'impose-t-il des selles quotidiennes par l'usage des laxatifs (magnésie, soufre, charbon), dès qu'il y a une tendance à la constipation c'est grâce à ces précautions que les crises qui, les années dernières, avaient une tendance à se rapprocher, sont moins nombreuses actuellement.

Cependant depuis un ou deux ans, les digestions sont moins bonnes, avec sensation douloureuse très marquée du côté de l'estomac, s'accompagnant quelquefois d'indigestions vraies. Quelques petites crampes d'estomac après le repas; à jeun, de temps en temps, des fringales.

Ces derniers mois, ces symptômes s'amendent sans régime alimen-

taire particulier, mais seulement par la régularité des selles obtenues, si c'est nécessaire, par les laxatifs.

Caractères des matières fécales. — Toujours et cela depuis l'enfance, elles sont petites, ovillées, très dures, souvent recouvertes d'une petite quantité de mucus jaunâtre (crachats, mucus nasal) ; la quantité de mucus augmente quand les crises sont imminentes. Quelques fausses défécations, avec rejet de mucus seul (cette envie de déféquer est attribuée à la pesanteur causée par les hémorroïdes). Jamais de fausse membrane. Les crises semblent abrégées par la belladone et l'élixir parégorique.

OBS. VII (inédite, due à l'obligeance du Dr SOUPAULT). — *Dyspepsie intestinale.* — *Alternatives de diarrhée et de constipation avec rejet de mucus.* — *Crises d'entéralgie généralisée.*

Mme D..., cuisinière, 33 ans.

Aucun antécédent gastrique ou hépatique, n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 23 ou 24 ans. A cette époque, elle a ressenti les premiers antécédents qui l'amènent, en 1898, à la consultation du Dr Soupault à l'hôpital Andral.

Aucun antécédent *éthylrique* ou *caféique*, assez nerveuse, n'a jamais eu de crise, aucun stigmate d'hystérie, ni de neurasthénie, si ce n'est une fatigue générale et de la céphalalgie.

Depuis une dizaine d'années, elle se plaint d'avoir des crises douloureuses avec constipation alternant avec de la diarrhée. Les crises sont séparées par des rémissions plus ou moins longues.

Chaque crise est annoncée par une constipation avec douleurs et ballonnement abdominal, durant de 3 à 5 jours. Subitement, à n'importe quel moment, survient une crise de colique suivie de diarrhée abondante durant une journée ou une journée et demie. Pendant ce temps, les évacuations alvines ont lieu toutes les 5 minutes. Les matières liquides sont de coloration tantôt noirâtre, tantôt jaunâtre s'accompagnant de lientérie et d'expulsion de glaires.

A la suite des efforts que la malade fait pour aller à la selle pendant la période de constipation, il y a quelquefois un peu de sang rendu par l'anus.

L'estomac semble n'être le siège d'aucun phénomène morbide. Pas beaucoup d'appétit ; amaigrissement notable depuis l'année dernière.

A l'examen, on ne trouve pas la corde colique, mais il faut noter que la paroi abdominale est très épaisse.

Le foie est normal ; l'estomac est normal : la petite courbure est à sa place, la grande courbure est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; 4 heures après l'ingestion d'aliments, il n'y a ni clapotage ni succussion.

Traitement. Grands lavages intestinaux.

Après chaque repas, un des paquets suivants :

Phosphate de soude.	2 grammes.
Salicylate de soude.	0, 50.
Calomel.	0, 005.

OBS. VIII (SIREDEY, note pour servir à l'étude des concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin). — *Entéro-colite muco-membraneuse avec crises d'entéralgie.*

Homme de 41 ans, aucun antécédent pathologique, vie régulière, aucun excès. En 1854, douleurs dans les membres inférieurs. Constipation opiniâtre, douleurs, épreintes. En 1861, coliques et épreintes reviennent ; prolapsus du rectum. Grisolle consulté croit à une névralgie. En 1862, nouveau prolapsus du rectum opéré par Sédillot de Strasbourg. Le malade rendait alors des matières blanches molles, membraneuses. En 1865, le malheureux patient est tourmenté par une dermalgie. Landry consulté pense que les opérations pratiquées précédemment ont été entreprises sans raison.

En 1866, le malade consulte Siredey, il accusait alors des douleurs vives dans la région du foie ; il avait toujours une constipation rebelle, de temps en temps, il rendait dans ses selles des matières muqueuses, filamenteuses, vermicellées ou rubanées, aplaties, ressemblant à de fausses membranes ; son état général était devenu mauvais, l'amaigrissement était considérable.

Il présentait, en outre, différents symptômes qui pouvaient faire penser à l'ataxie, mais ce diagnostic ne tenait pas devant un examen

sérieux. En novembre, survient un nouvel accès de gastro-entéralgie. Axenfeld est appelé et ordonne des pilules de nitrate d'argent.

Le malade avait rendu un paquet de matières muqueuses gélatineuses.

En février 1867, nouvel accès. Siredey pense à administrer du bromure de potassium et obtient de l'amélioration. Cependant le malade a toujours de fréquentes crises de gastro-entéralgie et rend des fausses membranes en allant à la garde-robe. M. Cornil examine les sécrétions pseudo-membraneuses et déclare y avoir trouvé des filaments de fibrine avec des éléments épithéliaux et des leucocytes. « En résumé, dit-il, ce sont des fausses membranes constituées surtout par du mucus et ne montrant en aucun point des fragments de la muqueuse elle-même ».

Dans tout le cours de la maladie, les fausses membranes ont été expulsées après les matières fécales. En octobre 1868, l'état général est devenu meilleur, les forces reviennent, le bromure de potassium est toujours administré. Jusqu'ici le malade a toujours pris des opiacés à forte dose; c'est en eux qu'il mettait toute sa confiance. Il consent enfin à prendre des purgatifs dont il redoutait l'effet; il en ressent un grand soulagement après avoir expulsé des matières muqueuses membraniformes.

OBS. IX (LABOULBÈNE). — *Entéro-colite muco-membraneuse avec crises d'entéralgie simple.*

Une dame de 40 ans éprouvait depuis cinq ans un sentiment de malaise, de l'anorexie, une soif continuelle, des digestions difficiles, des vomissements muqueux de temps à autre; ces symptômes avaient résisté aux purgatifs, aux toniques et aux sangsues. Tout à coup se déclara une gastro-entérite aiguë, caractérisée par des vomissements violents de matières jaunâtres, une vive douleur à l'épigastre et à l'hypochondre gauche, une soif ardente, une grande fréquence et une extrême petitesse du pouls, la sécheresse et la chaleur âcre de la peau, la tension et la résistance de l'abdomen. Deux saignées et plusieurs applications de sangsues, des boissons émollientes parvinrent à calmer ces accidents, mais la constipation ne céda qu'avec peine à des lave-

ments répétés. Enfin le septième jour, après des coliques très aiguës, la malade rendit, au milieu des matières liquides, jaunâtres, des lambeaux membraneux de forme irrégulière de plusieurs centimètres de longueur, de 3 millimètres d'épaisseur, d'une couleur blanchâtre, comme gélatineux, très friables, présentant d'un côté une surface inégale et de l'autre une surface lisse de coloration légèrement jaunâtre.

Les évacuations se répétèrent le lendemain et les jours suivants : elles furent toujours suivies d'un soulagement très marqué. Au bout de quinze jours, la guérison était complète. Le poids total des lambeaux pseudo-membraneux a été évalué à près de trois kilos, et l'étendue de leur surface devait égaler celle du tube intestinal.

Groupe IV. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE AVEC CRISES D'ENTÉRALGIE A TYPE D'OBSTRUCTION INTESTINALE.

Obs. X (due à l'obligeance de M. L..., interne en médecine qui l'a recueillie sur lui-même). — *Entéro-colite muco-membraneuse, avec crises d'entéralgie paroxystiques à type d'occlusion intestinale. Couperose pustuleuse miliaire.*

Antécédents héréditaires. — Père légèrement arthritique, mère ordinairement constipée. Pas de collatéraux.

Antécédents personnels. — Troubles gastriques dans l'enfance ; vomissements répétés presque incoercibles pendant plusieurs mois.

Rougeole vers 5 ans. A 7 ans exanthème indéterminé pendant plusieurs mois. Amygdalites fréquentes jusqu'à l'âge de 18 ans. Souvent des épistaxis, abondantes jusqu'à l'âge de 22 ans, se reproduisent de temps en temps.

Quelques crises hémorrhéïdaires, peu intenses, de 4 à 6 jours de durée, à partir de 15 ans. Constipation intermittente, caractérisée surtout par le retard des fèces, remontant à l'enfance. Tendances aux névralgies : névralgie scapulaire gauche, exagérée par le soleil, de l'âge de 7 ans à 21 ans.

Neurasthénie légère datant de l'enfance ; pas de migraine, mais céphalées dans le jeune âge.

Jusqu'à l'âge de 15 à 16 ans, a eu fréquemment des fièvres éphé-

mères difficiles à déterminer, elles duraient de 3 à 4 jours et se reproduisaient 2 ou 3 fois par an. Séborrhée et perte des cheveux rapide depuis l'âge de 16 ans.

Jusqu'à l'âge de 23 ans, les troubles intestinaux furent la constipation avec débâcle diarrhéique et quelques crises hémorroïdaires. Les débâcles étaient courtes et rares. Souvent vers les 2 heures du matin, douleur abdominale vive, augmentant d'intensité avec le temps, cessant au bout d'un quart d'heure, à la suite d'une selle diarrhéique.

Depuis cette époque, crises intestinales, dont la majorité avorte, grâce au traitement préventif.

La première crise se produisit en 1896.

Elle débuta par un point douloureux, très nettement localisé à l'angle gauche du côlon sans irradiations ; remarquablement fixe et tenace dans sa position. C'était la sensation d'un écrasement, d'une forte pression. La palpation, les mouvements respiratoires, la contraction des muscles de l'abdomen, augmentaient la douleur.

Cette dernière semblait devenir moins forte dans certaines positions : décubitus genu pectoral, ou bien le corps plié en deux avec interposition d'un corps dur (oreiller) entre les cuisses et l'abdomen.

Cette douleur persista pendant 6 à 8 jours avec quelques moments d'accalmies. Le sommeil n'était obtenu qu'à l'aide de préparations opaciées, d'un effet particulièrement défavorable sur les fonctions intestinales. Les selles étaient rares, incomplètes ou nulles. Le traitement par les grands lavages de l'intestin n'est institué qu'au bout de huit jours. A la suite de ces irrigations, les matières rendues ne sont plus constituées que par une eau trouble, jaunâtre, contenant une quantité énorme de débris membraneux, paraissant analogues à du blanc d'œuf un peu jaune. A chaque selle, la quantité rendue était suffisante pour former une couche d'un centimètre au fond du vase. On rencontrait, en outre, une quantité considérable de grains fins, ronds, durs, pouvant être comparés à du sable.

Cette évacuation de fausses membranes persiste plusieurs jours.

La douleur disparut peu à peu et tout sembla rentrer dans l'ordre.

La constipation n'est combattue que par l'habitude de n'absorber aucun aliment épicé, de boire le moins de vin et de café possible, de s'abstenir de toute crudité, de la salade en particulier.

Le régime azoté semble aussi favorable que le régime mixte et plus favorable qu'un régime trop végétal.

À la suite d'un essai du régime lacté (septembre 1898), il y eut des troubles digestifs intenses, sans crise aiguë toutefois (flatulence, constipation, diarrhée, douleurs, éructations).

Depuis 1896, les crises avortent grâce aux précautions prises : la crise, en effet, est annoncée, presque toujours par une grande tendance à la constipation, par des selles incomplètes, pouvant se répéter plusieurs fois par jour. En même temps, il y a du malaise général, caractérisé par de la lourdeur de tête, de l'inappétence, un état spécial de la langue : sensation de picotements, sorte d'état douloureux de la voûte palatine.

La langue semble recouverte de saillies hypertrophiées bien que l'examen direct ne révèle rien de semblable.

En même temps, se manifeste un état sub-inflammatoire de la région tonsillaire qui semble sèche et est légèrement douloureuse.

Si le traitement par les grandes irrigations intestinales n'est pas mis en œuvre à ce moment, si l'on n'essaie pas de pallier à la constipation par l'usage de laxatifs légers (magnésie anglaise), la douleur apparaît dans le flanc gauche. C'est un endolorissement plus qu'une douleur, cet endolorissement peut persister pendant 15 jours. La sensation pénible s'exagère à l'occasion de la contraction des muscles de la paroi ; elle s'étend d'avant en arrière jusqu'à la masse lombaire et occupe exactement tout le flanc gauche sans le dépasser toutefois.

Parfois, au cours de ces crises, il se produit un point très douloureux au niveau de l'angle de l'omoplate droite, et ce point douloureux s'exagère à l'occasion de tous les mouvements d'aplissement du thorax, il disparaît avec la fin de la crise.

La crise se juge au point de vue intestinal par une succession de selles, ne contenant guère que des pseudo-membranes.

Ce qui est assez particulier, c'est la possibilité de prévoir et de prévenir les crises, de les arrêter même, par les irrigations chaudes et les laxatifs légers.

D'une façon intermittente, avec une fréquence exagérée à certaines époques, on voit apparaître sur la face des pustulettes miliaires (un

demi-millimètre de diamètre au plus) reposant sur une base légèrement inflammatoire, qui contiennent une gouttelette d'un liquide puriforme, que le grattage fait disparaître sans laisser de traces. Ces pustulettes se reproduisent par éruptions successives et subintrantes. La face est le siège d'une sensation mordicante, pénible et constante, avec exaspération le soir.

OBS. XI (Guyot, *Société médicale des hôpitaux*, 1868, résumée). — *Entéro-colite muco-membraneuse. — Symptômes d'étranglement internes.*

Le 3 février 1868, M. Guyot se rend auprès d'un malade qu'il trouve atteint d'une angine couenneuse commune qui guérit en trois jours.

Le 7, dans la soirée, des douleurs vives se font sentir dans le ventre ; en quelques heures elles deviennent extrêmes.

Le 8, le malade n'avait pas de fièvre, la langue était saburrale, il y avait des rapports gazeux, le ventre était ballonné et douloureux à la pression. Il n'existait aucune tumeur. Le maximum d'intensité de la douleur était fixé vers l'ombilic, à la région épigastrique et dans le flanc gauche. Depuis plusieurs jours, le malade a une constipation opiniâtre et des gaz, M. Guyot croit à une entéralgie due à un étranglement interne.

Les urines sont rares, mais émises facilement. Les nausées, les gaz, les douleurs atroces persistent toute la journée, la nuit est mauvaise ; on emploie des bains, des lavements purgatifs, des onctions de jusquiame et de belladone, sans obtenir de résultat. Le malade est pris de vomissements et de coliques atroces. Il rend par l'anus un peu de matière et de gaz et ressent un mieux notable.

Le 9, le malade a dormi, le ventre est souple, moins de rapports, pas de douleurs. Le soir, l'état est moins satisfaisant, une selle dans la journée ; peu de rapports.

Le 10, la nuit a été mauvaise, le ventre ballonné est sans bosselures ; rapports, nausées, 80 pulsations. Vigla, appelé en consultation, diagnostique un étranglement sans en connaître la nature.

Traitement. — Calomel, noix vomique, lavements, bains. Ces derniers seuls soulagent le malade.

Le 11, la nuit a été meilleure, une mucosité sanguinolente a été rendue par l'anus. La peau est fraîche. Le soir, émission de vents, après des coliques. A 10 heures, un lavement est rendu sans matière, mais ensuite le malade a senti le besoin d'aller à la garde-robe et a rendu une masse de mucosités.

Ces concrétions muqueuses se sont dissociées dans l'urine et se montrent les unes sous la forme de fausses membranes tenues, les autres sous forme de lombrics qui auraient été macérés. Le ventre est devenu souple et moins ballonné. L'appétit reparait aussitôt.

Le 12, la nuit a été excellente ; le malade n'a plus de coliques, plus de nausées, ses selles sont abondantes. La guérison est parfaite, les digestions sont excellentes.

Groupe V. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE AVEC CRISES
D'ENTÉRALGIE A TYPE GASTRALGIQUE.

OBS. XII (BORIES, in thèse POIGNARD, 1875) (résumée). — *Entéro-colite, avec crises d'entéralgie à forme gastralgique.*

M. B..., âgé de 60 ans, a toujours eu une excellente santé, un peu d'obésité, acide urique en quantité notable dans les urines.

Le début remonte à 3 ans : constipation opiniâtre avec phénomènes douloureux dans la région épigastrique, avec irradiation péri-ombilicale et au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. Ces symptômes persistent longtemps avec une intensité variable et rémissions presque complètes. Cependant l'état général ne paraissait pas atteint.

La maladie ne tarda pas à faire des progrès, les douleurs devinrent plus atroces et se compliquèrent de vomissements bilieux, pénibles et fréquents ; les repas diminuaient ces symptômes. Le ventre devenait ballonné pendant les crises, il y avait en même temps des éructations fréquentes, des borborygmes, des gaz. On nota des phénomènes de dilatation de l'estomac. Ces crises étaient séparées de rémission de huit à quinze jours de durée.

Les crises se rapprochèrent cependant et s'accompagnèrent de vo-

misements. Le malade remarqua alors dans ses selles des débris de pseudo-membranes blanchâtres, de forme et de longueur variées. La constipation n'a jamais disparu. Cet état d'angoisse, impossible à décrire, dura plusieurs mois, puis vint une amélioration notable. Le malade se crut même définitivement guéri.

Il y a un an, les mêmes accidents reparurent avec leurs mêmes caractères.

Ces accès se renouvelèrent très fréquemment et, pendant 2 mois, ont paru revenir régulièrement le soir.

Voici en quoi consistent ces accès.

Le malade, tranquille pendant quelques jours, commence à sentir des douleurs dans la région épigastrique. Bientôt surviennent du météorisme, des borborygmes, des éructations, des gaz. Cet état dure plusieurs heures et même un jour entier ; puis les douleurs deviennent plus vives et la face se grippe ; cependant les sclérotiques ne sont pas jaunes ; il n'y a pas de fièvre, la peau est fraîche, le pouls normal. Enfin des vomissements brusques apparaissent tout à coup.

Le malade rend alors, après des selles provoquées par des lavements, des lambeaux membraneux en quantité parfois énorme, et aussitôt après l'expulsion de ces matières, il ressent un grand soulagement ; il est guéri et reprend sa vie habituelle.

Les fausses membranes expulsées par le malade étaient blanchâtres, grisâtres, colloïdes, devenaient plus tenaces dans l'alcool, présentaient des formes variées.

M. Lereboullet les trouva composées de mucus concret, englobant des cellules épithéliales, cylindriques, gonflées, volumineuses ; on trouvait des débris alimentaires, des concrétions jaunâtres ressemblant par leurs apparences extérieures à des corpuscules d'amidon, mais ne se colorant pas en bleu par l'iode.

Aucune trace de fibrine, aucun débris de fibres connectives ou élastiques.

Groupe VI. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE AVEC CRISES
D'ENTÉRALGIE A TYPE DE SYGMOÏDITE.

Obs. XIII (personnelle, recueillie à la consultation externe de l'hôpital des Enfants Malades). — *Entéro-colite muco-membraneuse avec crise paroxystique d'entéralgie à type de sygmoïdite.*

Dr. Henri, âgé de 12 ans.

Son père aurait eu une entéro-colite aiguë (?) à l'âge de 14 ans environ. Depuis il a toujours été constipé avec débâcle diarrhéique, peaux et glaires.

Le fils a toujours eu des selles irrégulières avec tendance à la constipation ; on n'avait jamais examiné ses selles. Au mois d'août 1899, pendant qu'il était à l'école, il a été pris de violentes coliques, localisées dans la fosse iliaque gauche, les coliques ont duré huit jours environ, s'accompagnant de diarrhée, avec peaux et mucosités. L'enfant se rappelle que la pression exercée sur le ventre était peu douloureuse.

Depuis il a souvent des douleurs qui le réveillent la nuit, et qui se calment après une évacuation liquide et glaireuse.

Obs. XIV (due à l'obligeance du Dr RABÉ). — *Entéro-colite muco-membraneuse avec crises d'entéralgie à forme de sygmoïdite.*

Mlle X..., 17 ans, vient réclamer nos soins, au mois de septembre 1899, au sujet de symptômes assez alarmants, dont elle souffre depuis plusieurs jours. Elle a été prise, en effet, à la suite d'une crise de constipation de 4 à 5 jours de durée, de douleurs extrêmement vives, dans la région de l'hypochondre gauche, avec irradiations le long du côlon descendant. Ces douleurs ont persisté, avec la même intensité, durant 48 heures pour s'atténuer sensiblement depuis la veille ; mais la malade se sent affaiblie à l'extrême. et, par instant, elle éprouve un véritable état syncopal, avec vertiges, sueurs froides, pâleur extrême. La malade a rendu, depuis une semaine, seulement quelques matières, dures et noirâtres.

La pâleur anémique de cette jeune fille, l'amaigrissement squelettique qu'elle présente, éveillaient aussitôt l'idée d'une tuberculose pulmo-

naire, avec accidents intestinaux. Toutefois l'examen physique de l'appareil pleuro-pulmonaire permet de constater l'intégrité absolue des organes respiratoires ; et l'enquête clinique doit se borner à l'analyse des troubles intestinaux accusés par la malade. La paroi abdominale a conservé son aspect et sa souplesse, et la palpation, légèrement sensible au niveau de l'angle gauche du côlon, ne laisse percevoir aucune induration profonde ; l'examen de la fosse iliaque gauche indique une légère contracture de défense de la paroi, et la malade raconte qu'elle perçoit à ce niveau l'existence de masses dures, qu'elle compare à des glandes enflammées.

Du reste, elle est sujette depuis longtemps déjà, depuis plusieurs années, à des accès de constipation, assez analogue à celle dont elle souffre aujourd'hui, et compliquée parfois de douleurs plus ou moins vives localisées à l'hypochondre gauche. Ces périodes de constipation se jugent par des débâcles intestinales. La malade ne peut nous renseigner sur l'état objectif des garde-robes, à ce moment, et, sur la présence de matières rubanées, glaireuses, ou de sable intestinal.

A part ces troubles de parésie intestinale, jamais la malade n'a présenté de maladie grave, et surtout jamais de maladie infectieuse. Du reste, l'examen des autres organes reste négatif. Les règles sont normales. Rien à signaler du côté des urines.

Le père de cette jeune fille est mort d'abcès du foie, secondaire à une dysenterie, contractée dans l'Amérique du Sud. La mère jouit d'une bonne santé, entravée, toutefois par instants, de douleurs au foie, rapportées à des crises de lithiase biliaire. Un frère se porte très bien.

L'évolution des accidents présentés par cette jeune fille, l'apparition de crises de constipation, accompagnées de phénomènes douloureux, et, pour l'instant, d'une tendance syncopale, le retour à l'état normal, après d'abondantes évacuations odorantes, tout cet ensemble symptomatique nous porte à penser que nous avons affaire à une crise d'entérocélite membraneuse avec son syndrome caractéristique : constipation et douleurs localisées.

La malade est soumise au régime lacté absolu, à l'action des purgatifs huileux, et nous lui ordonnons des pilules de chanvre indien.

La malade revient nous voir huit jours après. La période de consti-

pation s'est terminée par une débâcle intestinale très copieuse, très fétide, et constituée en partie par des fausses membranes, blanchâtres, d'aspect glaireux. Les douleurs ont rapidement disparu, et la malade se déclare guérie.

Pendant deux mois et demi, l'état reste satisfaisant, grâce à l'absorption de pilules laxatives, à la dose de cinq à six par semaine.

A la fin de décembre, retour offensif des accidents. A la suite d'un surmenage physique et intellectuel, la constipation s'installe, bientôt compliquée de douleurs intenses, du côté de l'abdomen, à maximum dans l'hypochondre gauche. Cette douleur jette des irradiations dans le membre inférieur du même côté, dans tout l'hémi-thorax droit, même dans la région du cou et de la mâchoire. La malade éprouve, par instants, des bouffées de chaleur à la face, ou bien elle se sent prise de vertiges, les mains deviennent exsangues et le front se couvre de sueurs froides ; les oreilles bourdonnent.

L'application d'un suppositoire de belladone provoque une abondante libération de l'intestin, sous forme de matières rubanées, glaireuses, très fétides, et dans lesquelles la mère a nettement constaté la présence d'un fin sable grisâtre. Toutefois, le soulagement est moins accusé qu'à l'ordinaire ; les douleurs persistent, provoquent l'insomnie et l'affaiblissement.

Malgré l'administration d'un purgatif huileux, la constipation reprend son cours, accompagnée de douleurs et de symptômes nerveux à distance. La langue est recouverte d'une saburre épaisse, l'haleine est fétide. La malade perçoit, au niveau de l'abdomen, des battements aortiques.

Il faut recourir, pour juguler cette crise de durée anormale, à l'administration de lavements huileux, et aux grands bains chauds. Elle se dénoua par une large exonération de l'intestin, présentant les caractères typiques des excréta de la colite muco-membraneuse : matières filantes, glaireuses, grisâtres, très odorantes, avec fin sable jaunâtre.

La malade, depuis la fin de janvier 1900, a repris ses occupations journalières, jurant bien de ne plus jamais se laisser constiper.

OBS. XV (DIEULAFOY). — *Colite muco-membraneuse et sableuse.*
-- *Plusieurs crises d'entéralgie de durée variable.* -- *Douleur nettement localisée le long du côlon descendant.*

Jeune garçon de 13 ans. Salle St-Christophe, n° 26.

Depuis un an, ressent de vives douleurs intestinales revenant sous forme de crises, dans la région du côlon ascendant. Ses parents se sont aperçus, il y a trois mois que ces crises, qui reparaissent à intervalles indéterminés, étaient suivies de l'émission de glaires et de membranes dans les déjections. Supposant qu'il pouvait être atteint de colite sableuse, j'ai fait pratiquer l'examen des garde-robes. On y a constaté une énorme quantité de sable intestinal. Chez ce jeune garçon, les douleurs ne se généralisaient pas à tout l'abdomen, elles se cantonnaient surtout dans la fosse iliaque gauche, dans la région du côlon descendant. Les crises durent quelques heures, une journée entière et même au delà ; elles sont parfois aussi douloureuses que les coliques néphrétiques les plus violentes ; elles arrachent au malade des cris et des gémissements.

Groupe VII. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE AVEC CRISES
D'ENTÉRALGIE A TYPE NÉPHRÉTIQUE.

OBS. XVI (TRÉVENOT, *Société de médecine de Paris*, 1883. *Union médicale*, 1883. Résumée). — *Entéro-colite muco-membraneuse avec crise d'entéralgie ayant pu simuler une colique néphrétique.*

Jeune femme, 25 à 26 ans, ne mange habituellement que des légumes. Excellente santé. Digestions et nutrition bonnes ; une garde-robe régulière tous les jours. Accouchement avec application de forceps le 10 octobre 1882. Suites de couches normales, sauf rétention d'urine pendant huit jours ayant nécessité des sondages, et constipation que les lavements et les purgatifs avaient quelque peine à vaincre. Au bout du vingtième jour, cette dame se lève et sort le vingt-sixième jour. Le lendemain, elle se plaint d'une douleur dans le flanc gauche, de continuelles envies d'uriner et d'ardeur en urinant. Il y avait, en même

temps, de continuelles envies d'aller à la garde-robe. Le ventre était souple autant qu'on pouvait le constater chez cette personne si exceptionnellement chatouilleuse que l'on fut obligé de l'endormir par le chloroforme, pour faire, à la fin de la grossesse, le diagnostic de la présentation et de la position. Le rein gauche ne paraissait ni augmenté de volume, ni douloureux. Comme l'on croit à une colique néphrétique, on conserve l'urine. Le traitement consiste en eau de Contrexéville et un grand lavement huileux (la malade n'avait pas été à la selle de la journée).

Cet état dure 3 jours pendant lesquels il y eut trois garde-robes provoquées, très abondantes, qui ne font pas cesser le ténesme anal. Les envies d'uriner continuent à être fréquentes, toutes les 10 minutes, excepté pendant la nuit, car la malade repose 4 ou 5 heures. L'urine conservée ne présente pas trace de lithiase rénale, et l'analyse révéla une composition normale.

Le quatrième jour, le pouls s'éleva à 120 pulsations, la température à 38° 1/2 et le soir à 39°. Il ne pouvait plus être question de lithiase rénale, et on avait la certitude qu'aucune inflammation du petit bassin ne pouvait être la cause de cette fièvre.

Le ventre était légèrement ballonné et la douleur, qui était restée bien limitée au côté gauche, gagnait la ligne médiane et s'étendait au côté droit.

Le sixième jour, à partir du début des accidents, cette dame rendit, à plusieurs reprises, des lambeaux membraneux ; les accidents continuaient, lorsque enfin, dans la soirée, elle expulsa une membrane tubulée de 35 centimètres de long. A l'instant le malaise et la douleur cessèrent, il n'y eut plus ni envie d'uriner ni ténesme anal. Le pouls et la température redevinrent physiologiques ; dès le lendemain, cette dame reprenait ses occupations et ses habitudes et, depuis cette époque, sa santé n'a cessé d'être excellente.

Groupe VIII. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE AVEC CRISES
D'ENTÉRALGIE A TYPE HÉPATIQUE.

OBS. XVII (MM. MATHIEU, médecin des hôpitaux de Paris et RICHARD, interne de pharmacie). — *Entéro-colite muco-membraneuse et sableuse avec crises d'entéralgie.* — *Douleur, siégeant dans l'hypochondre droit, prise pour des coliques hépatiques.*

Mme X..., âgée de 28 ans, est née de parents bien portants. Elle a deux frères, l'un hypochondriaque, l'autre bien portant.

En 1885, elle fut soignée pour dilatation d'estomac par M. Bouchard. Mariée en 1887, elle eut deux grossesses, la seconde marquée par des vomissements assez pénibles, s'est terminée en 1891. Elle a été suivie d'une phlegmatia alba dolens.

En décembre 1891, il s'est produit une crise de douleurs abdominales très vives siégeant vers l'hypochondre droit : on a diagnostiqué lithiase biliaire et coliques hépatiques. Cependant il n'y a jamais eu de jaunisse.

En 1892, il y a eu une série de crises semblables qui, elles non plus, n'ont pas été suivies d'ictère. Ces crises étaient cependant moins pénibles que la première. Le médecin traitant fit rechercher s'il n'y avait pas de calculs dans les selles ; on y trouva des glaires, des fausses membranes et une certaine quantité de sable fin, jaunâtre, qui depuis n'a jamais cessé de se montrer en quantité variable. Ce sable, confié à un pharmacien, fut considéré comme du sable biliaire. Il s'agissait vraisemblablement d'un sable analogue à celui qui existe encore actuellement, et on peut penser que l'analyse en a été faite bien superficiellement. On peut même croire qu'elle n'a pas été faite du tout et que le pharmacien en question s'est tenu à un diagnostic *de visu*.

En juin 1894, une première saison à Vichy paraît donner de bons résultats, une seconde, faite en septembre la même année, amène un degré assez marqué de fatigue.

Au mois de novembre, nouvelle crise douloureuse, le foie serait assez notablement augmenté de volume ; il n'y a pas de jaunisse, pas de matière colorante de la bile dans l'urine qui renferme une notable

quantité d'urates et de phosphates, mais ne contient ni sucre ni albumine. Cette crise ne dure qu'une dizaine de jours ; on a de nouveau diagnostiqué lithiase biliaire et coliques hépatiques. Les selles renferment une quantité considérable de mucosités et de fausses membranes et toujours du sable facilement reconnaissable.

Mme X... est examinée par l'un de nous le 19 janvier 1895. Elle se plaint de n'avoir aucun appétit, plutôt même du dégoût pour les aliments. Elle ne mange que du poulet et de l'agneau, de peur de provoquer les malaises qui surviennent après les repas. L'alimentation est certainement insuffisante, aussi Mme X... a-t-elle maigri d'une trentaine de livres. Immédiatement après le repas, elle éprouve de la pesanteur, du gonflement, du ballonnement, et trois ou quatre heures après, une sensation de tiraillement vers le creux épigastrique, quelquefois il y a des sensations de crampes stomacales et la nuit un peu de brûlure ; mais jamais de vomissements.

La malade dort mal, elle est agitée ; le matin elle se sent fatiguée, courbaturée, elle a souvent mal à la tête ; à l'examen de l'abdomen, on constate l'existence d'une corde colique que l'on suit sur toute son étendue, sauf au niveau des deux coudes. Le côlon transverse ne paraît pas notablement abaissé. Le gros intestin est un peu douloureux. Il n'y a pas de rein mobile.

Le foie est plutôt petit, on ne trouve pas la vésicule biliaire. La grosse tubérosité de l'estomac est distendue, on perçoit du clapotage au-dessous et un peu à gauche de l'ombilic.

Cependant on a pu acquérir la conviction qu'il n'y avait pas de dilatation vraie de l'estomac. En effet, il ne contient pas de liquide le matin à jeun. L'analyse du suc gastrique a montré qu'il y avait, non pas de l'hyperchlorydrie, comme on eût pu le penser d'après les douleurs tardives de la digestion, mais de l'hypochlorydrie sans acidité exagérée de fermentation.

La constipation est habituelle ; les matières sont ordinairement constituées par des scybales dures ; elles renferment presque toujours une quantité plus ou moins marquée de sable, les glaires et les membranes blanchâtres sont plus ou moins abondantes. Depuis cette époque, la santé s'est notablement améliorée. Il y a eu à plusieurs reprises des

crises intestinales caractérisées par de la douleur dans le ventre et dans les reins et par des évacuations plus ou moins abondantes de glaires et de membranes blanchâtres. Pendant les crises intestinales, le gros intestin est plus douloureux, plus contracté. Elles sont calmées par les applications chaudes, les grands lavages chauds du gros intestin, l'extrait de belladone, la codéine. Contre la constipation on emploie la belladone, l'huile de ricin à petites doses, les lavements d'huile.

A plusieurs reprises, il a paru y avoir des crises stomacales caractérisées par de la douleur au creux épigastrique, de la pesanteur, des crampes.

On a cherché à donner une alimentation suffisante et peu irritante : lait, potage au lait, œufs, viande crue, viandes blanches bouillies, légumes en purée.

L'état local et général s'est sensiblement amélioré et il y a eu, l'été dernier, une période de plusieurs mois pendant laquelle la guérison paraissait complète.

Au commencement de cette année est survenue une crise douloureuse tout à fait semblable, au dire de la malade, à celles que l'on avait considérées ultérieurement comme des crises de coliques hépatiques. La douleur, qui procédait par exacerbations pénibles, siégeait surtout à droite, au dessous du bord inférieur du foie. Cet organe ne paraissait pas augmenter de volume. Par la palpation, on provoquait de la douleur au-dessus de son bord inférieur, un peu en dehors du bord inférieur du grand droit, sur le trajet de la moitié droite du côlon. Il n'y eut pas d'ictère, les urines ne renfermèrent pas de matière colorante de la bile. Il y eut à ce moment une augmentation marquée de détritits muco-membraneux évacués par les selles : une seconde crise, celle-ci beaucoup plus nettement colique, succéda à quelques jours d'intervalle. Ces deux périodes successives de crises durèrent en tout près de quinze jours.

Groupe IX. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE AVEC CRISE D'ENTÉRALGIE A TYPE DE TYPHLITE (ENTÉRO-TYPHLO-COLITE).

OBS. XVIII (inéдите, due au Dr WICKERSHEIMER). — *Entéro-colite muco-membraneuse avec crise d'entéralgie à type de typhlite.*

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, dont le père est gouteux, et dont la mère ordinairement constipée est atteinte, depuis 3 ans, d'une neurasthénie grave.

L'enfant, d'une bonne santé apparente, est habituellement constipé avec débâcles diarrhéiques, glaires et peaux dans les selles.

Au mois de janvier dernier, il a été pris subitement, la nuit, d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements, coliques, selles diarrhéiques, fausses membranes et glaires dans les matières.

Le ventre était douloureux dans toute la fosse iliaque droite avec maximum au point de Mac Burney. Le ventre était cependant souple et dépressible. La fièvre oscillait entre 39° et 40° ; le pouls était rapide. Le facies légèrement grippé.

Les grands lavages intestinaux à l'eau bouillie firent cesser ces phénomènes alarmants au bout de 6 à 8 jours.

Malgré le régime sévère institué, la constipation persiste, avec débâcles diarrhéiques et rejet dans les selles de mucosités.

OBS. XIX (inéдите, recueillie dans le service du Dr COMBY, à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Entéro-colite muco-membraneuse avec crise d'entéro-typhlo-colite.*

Marthe H..., âgée de 12 ans 1/2, entrée salle de Chaumont, le 25 janvier 1900.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ; née à terme, nourrie au sein pendant quelques mois, puis au biberon.

A 10 ans varicelles. Quelques évanouissements. Il y a un mois environ, elle se plaint de céphalalgies et de douleurs dans le ventre, avec diminution de l'appétit, nausées, constipation, quelques vomissements.

Le soir elle avait un peu de fièvre, elle a continué cependant à aller à l'école.

Depuis 3 jours, les douleurs dans le ventre ont augmenté à droite surtout, l'anorexie est complète, il y a eu des vomissements.

A son entrée à l'hôpital, l'état général paraît assez satisfaisant, mais le facies est légèrement grippé, les yeux sont enfoncés, cerclés de noir. Les pommettes légèrement colorées, la langue est saburrale avec tendance à la sécheresse.

Piqueté rouge du pharynx. Pas de fièvre.

Le ventre est légèrement douloureux dans son ensemble, mais les douleurs sont plus vives dans la fosse iliaque droite. Il est météorisé, sonore à la percussion dans toute son étendue.

Dans la fosse iliaque droite, la douleur est diffuse ; il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée ni de défense musculaire. La palpation est possible quoique douloureuse, on sent le cæcum dilaté, et la pression produit du gargouillement.

La palpation du côlon réveille une douleur moins forte, il est vrai, mais suivant nettement son trajet. Le météorisme a empêché la palpation de l'S iliaque.

Les selles provoquées par l'ingestion d'huile de ricin, contiennent des scybales, du sable et du mucus.

OBS. XX (inérite, recueillie dans le service du D^r TUFFIER à Lariboisière par M. LOUBET, interne du service). — *Entéro-colite muco-membraneuse*. — *Plusieurs poussées d'entéralgie localisée à type de typhlite*. — *Opération*.

Mme Pr..., 36 ans, ménagère.

Réglée à 13 ans, de 16 à 17 ans absence des règles qui reparaissent ensuite régulièrement, à 20 ans fièvre typhoïde, et 6 mois après accidents intestinaux imputables sans doute à une poussée aiguë d'entérocolite. Un accouchement à terme.

Une fausse couche de deux mois. Quelques pertes blanches dans la suite, au moment des règles. En 1899 première crise d'entéralgie, localisée dans la fosse iliaque droite.

Depuis un an, la malade a des troubles dyspeptiques très accusés,

avec une constipation opiniâtre, des fausses membranes et des glaires dans ses matières.

Vers le commencement de décembre 1899, elle a des douleurs, des coliques de plus en plus vives dans le bas-ventre et dans le flanc droit.

Ce dernier était très douloureux, et la moindre pression sur la peau exaspérait les douleurs.

Le 19 décembre, les douleurs sont particulièrement fortes et pénibles; elle n'a à ce moment ni fièvre ni vomissements, ni ballonnement du ventre, mais une constipation de plus en plus opiniâtre avec selles accompagnées de fausses membranes.

Les douleurs cessèrent peu à peu et il lui fut possible de reprendre ses occupations.

Vers le 6 mars 1900, les douleurs du flanc droit reparaissent avec une grande intensité, et s'accompagnent d'une forte constipation. Dans les rares selles, on trouve encore des membranes. Ni fièvre ni péritonisme. Un docteur diagnostique des coliques appendiculaires, fait mettre de la glace sur le ventre; une amélioration étant survenue, il conseille l'opération. La malade entre alors à Lariboisière.

On constate un amaigrissement marqué des parois abdominales flasques. La pression localisée au point de Mac Burney éveille une douleur vive. La palpation de cette région permet de sentir une série de tuméfactions arrondies qui ne peuvent être rapportées à l'appendice, mais qui sont probablement dues à des matières siégeant dans le côlon ascendant. Rien du côté des annexes ou de l'utérus.

L'examen de l'appareil digestif permet de relever l'anorexie, la constipation persistante, des douleurs abdominales 3 heures après le repas.

M. Tuffier pense qu'il ne s'agit que de troubles imputables à l'entérocólite muco-membraneuse. Cependant il se décide à intervenir devant l'insistance de la malade.

Opération : Incision latérale de la paroi abdominale.

Dissociation du plan musculaire. L'appendice est trouvé complètement sain et n'est pas réséqué, le cæcum par contre paraît bourré de matières stercorales.

Les suites opératoires furent excellentes.

Groupe X. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE AVEC SYMPTÔMES INFECTIEUX ET FÉBRILES.

OBS. XXI (personnelle, recueillie dans le service du Dr COMBY, à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Entéro-colite muco-membraneuse, avec crise à allures infectieuses (forme fièvre typhoïde).*

Gu... Albertine, âgée de 9 ans, entrée salle de Chaumont, le 2 janvier 1900.

La mère a subi l'ovariotomie et la néphropexie.

Le père est bien portant.

Elle est née à terme ; depuis l'âge de dix-huit mois, elle a eu des bronchites légères et répétées. A 4 ans, elle a eu la rougeole, la coqueluche l'année suivante. En 1897, angine diphtérique. Au mois de mai dernier, elle aurait été soignée en ville pour un début de fièvre typhoïde.

Les accidents durèrent 3 ou 4 jours. Les commémoratifs, très précis de la mère, nous apprennent qu'il y avait des douleurs abdominales, avec besoins fréquents de défécation. Les selles étaient liquides, contenant des glaires et des petites peaux.

L'enfant était entrée à l'hôpital pour une angine légère. Elle a de la tendance à la constipation, nous n'avons pas trouvé de glaires dans ses matières pendant son séjour à l'hôpital.

OBS. XXII (L. GUINON, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1898). — *Attaques multiples de colite à formes variables, chez une névropathe (pseudo-appendicite, pseudo-fièvre typhoïde).*

Marguerite H..., 11 ans. Père neurasthénique au plus haut degré, sœur choréique.

N'a jamais été vigoureuse, mais toujours faible et pâle.

En 1893, a été prise pour la première fois de douleurs dans la fosse iliaque droite, simulant un début d'appendicite.

Une seconde atteinte a passé assez vite.

La troisième atteinte, observée par M. Guinon, a été presque apy-

rétiqne, avec un peu de blancheur de la langue, sans ballonnement, mais avec constipation. Elle a cédé facilement au repos.

Ces trois atteintes ont eu lieu de juillet à décembre 1893 ; elles n'ont eu aucun symptôme réactionnel et ont guéri presque spontanément.

Au mois de décembre, l'enfant était pâle, maigre, sans appétit, redoutant la marche qui la fatiguait et semblait produire quelque sensibilité dans le ventre : cependant la pression n'était nullement douloureuse.

En décembre, l'enfant est prise de vomissements et de douleurs dans le ventre, généralisées sans prédominance au niveau du cæcum.

La langue est blanche, l'appétit nul. Les vomissements durent deux jours et laissent un grand affaiblissement, une *anorexie* absolue ; les garde-robes sont irrégulières, parfois un peu diarrhéiques, ce qui domine, c'est la douleur du ventre, mais il n'y a pas de fièvre ; cet état s'atténue peu à peu sous l'influence du repos, des bains, de l'alimentation légère.

En janvier 1894, l'enfant est plus affaiblie, elle peut à peine se tenir debout et reste pliée en deux à cause de la douleur abdominale ; cette douleur domine dans le côté gauche qui reste tendu et dont la pression donne comme une sensation de froissement. La langue est allongée et rouge à la pointe, avec les papilles très saillantes. Les garde-robes s'accompagnent de ténésme, contiennent du mucus abondant et sont demi-liquides.

Le traitement est le suivant : Bains chauds, lavements tièdes, pilule de calomel 0,02 et ipéca 0,05, 3 par jour.

L'évacuation est précédée de coliques vives, de ballonnement et n'a lieu qu'au bout de deux jours. Les garde-robes sont gris-brunâtre, contiennent du mucus ; dès ce moment, le ballonnement disparaît, le côlon devient moins douloureux et l'appétit reparait.

En février, les signes d'inflammation ont disparu, il reste une constipation tenace avec quelques douleurs cæcales dues à la présence de matières dures.

On ordonne des lavements d'huile avec la sonde longue, le massage et les bains.

La constipation cède admirablement au massage et aux lavages ; l'enfant se développe rapidement. Pas de douleurs.

En septembre, pendant un séjour à Ragatz, poussée aiguë et fébrile provoquée par les fatigues et une alimentation moins prudente, vomissements ; ballonnement, garde-robes dures et un peu glaireuses. Température rectale 39°. En cinq ou six jours, l'attaque a cédé.

Le retour par chemin de fer, quelques jours après, a provoqué une nouvelle crise : 39°, vives douleurs dans les flancs et les fosses iliaques.

Cette atteinte diffère des précédentes, d'abord par la température qui tous les soirs monte à 39° et le matin reste à 37°8 ou 38°, par le siège du ballonnement qui est surtout *médian*, par la souplesse relative du côlon, par l'accélération du pouls (130 à 146) ; le matin, les garde-robes provoquées contiennent peu de mucus.

Le 4 octobre. insomnie, face très pâle, langue pointue, rouge aux bords et à la pointe, le ventre est plus ballonné, très douloureux. On sent comme une induration à gauche de la ligne médiane, à 5 centimètres au-dessous du nombril, due probablement à une contraction de la paroi au niveau d'un point douloureux.

M. Guinon penserait volontiers à une fièvre typhoïde si la rate était grosse, s'il y avait de la diarrhée et de la roséole lenticulaire. *Température rectale* 39° le soir.

Bain à 37°, refroidi à 30°, lavements d'eau bouillie, cataplasmes. Sulfate de quinine 0,50, magnésie.

Le 5, la température rectale est à 37°7. L'enfant est un peu mieux, mais elle est agitée, elle a eu deux gardes-robes normales, les douleurs persistent. Bains à 31°.

Le 6, la température rectale est à 37° matin et soir ; l'enfant a dormi, se sent mieux ; la langue est bonne, le ventre est souple, bien qu'encore un peu douloureux.

Le 8 octobre, la fièvre est finie, le ventre est normal, l'enfant a faim.

Depuis lors, les crises ont été de plus en plus rares et faibles, l'enfant s'est fortifiée et n'est plus constipée.

Obs. XXIII (personnelle, recueillie dans le service du Dr COMBY à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Grippe avec légère poussée d'entéro-colite muco-membraneuse ayant pu simuler une appendicite ou une fièvre typhoïde.*

Marie Deb..., âgée de 14 ans, entrée le 16 janvier 1900, salle de Chaumont.

Sa mère est rhumatisante, migraineuse.

Elle est née à terme, a été nourrie au sein jusqu'à 21 mois.

A eu, à l'âge de deux ans, la coqueluche, puis la scarlatine.

Depuis 3 ans, elle est ordinairement constipée, se plaignant de douleurs dans le ventre, surtout du côté droit. Matières dures contenant souvent des fausses membranes avec du sang : celles-ci auraient disparu depuis 2 ans.

Le 13 janvier, après huit jours environ de malaises, de fatigues, d'anorexie et de céphalalgie, elle a été prise de frissons et de fièvre qui la forcent à prendre le lit.

Pendant 3 jours, elle a été soignée chez elle, puis est envoyée par son médecin traitant à l'hôpital, pour une appendicite ou une fièvre typhoïde.

Le soir même de son entrée à la salle de Chaumont, l'examen clinique révèle de la céphalée occipito-frontale, pas d'abattement : la fillette répond correctement et sans hésitation aux questions. Elle se plaint de douleurs de ventre, assez vives, siégeant surtout dans la fosse iliaque droite. La température est à 38°8 ; le pouls à 100. La langue est large, humide, recouverte, dans sa totalité, sauf sur les bords, d'un léger enduit blanc, plus épais et jaunâtre au centre. Elle n'a pas été à la selle depuis 3 jours. Le ventre est ballonné, légèrement tendu, difficile à palper. La palpation est douloureuse d'une façon diffuse dans tout l'abdomen. Les tentatives pour explorer le côlon sont particulièrement douloureuses sur tout son trajet, mais surtout dans la fosse iliaque droite où la palpation par glissement fait percevoir du gargouillement. Dans cette région on ne note pas d'hyperesthésie de la peau, la douleur est diffuse, nullement circonscrite au point de Mac Burney, la douleur réveillée par la pression irradie le long du côlon et en

suit exactement le trajet. La défense musculaire n'existe pas, et malgré la douleur, et le ballonnement du ventre, on peut, avec un peu d'insistance, arriver jusque sur le cæcum et l'explorer ; il paraît dilaté.

La rate est normale à la percussion.

Du côté de l'appareil respiratoire, on note les traces d'un vésicatoire nécessité par un point de côté, survenu à la base gauche, le 13 janvier. L'auscultation demeure, du reste, complètement négative.

Le cœur est normal. Pas d'albumine, perte blanche depuis 6 mois.

Devant tous ces symptômes et, en particulier, devant l'examen de la fosse iliaque droite nous rejetons le diagnostic d'appendicite, n'ayant pu observer nettement les symptômes assignés à cette affection. Les symptômes révélés le long du trajet colique, nous poussent au contraire à affirmer la participation du gros intestin, et à penser à une crise d'entéralgie due à une entérite muco-membraneuse, diagnostic que devait confirmer le lendemain l'examen des selles.

Restait à expliquer les phénomènes généraux à allures infectieuses, ayant subi une recrudescence nette et subite après 8 jours de malaises vagues, et mal caractérisés. Cette marche particulière, ainsi que l'absence des phénomènes de dépression nerveuse et d'hypertrophie de la rate, le bon facies de la malade nous permettaient de ne pas songer à la fièvre typhoïde au début, malgré les phénomènes pulmonaires fugaces qui avaient été observés en ville, et la douleur dans la fosse iliaque avec gargouillement. Il n'y avait pas, du reste, avons-nous dit d'hypertrophie de la rate. S'agissait-il alors d'une simple crise d'entéralgie à forme d'embarras gastrique ? Nous ne nous sommes pas arrêté à ce dernier diagnostic parce que les phénomènes généraux avaient débuté, au dire de la malade, bien avant les phénomènes coliques, huit jours environ. Ces phénomènes semblaient, du reste, plutôt en rapport avec une grippe.

Notre diagnostic ferme fut donc grippe avec poussée aiguë d'entérocrite muco-membraneuse.

Le lendemain, nous pouvions constater, dans une selle molle, à demi-liquide, occasionnée par une purgation prise avant son entrée à l'hôpital, des scybales, du mucus, sous forme de blanc d'œuf et de dé-

bris de fausses membranes. La température, le 3^e jour de son entrée, commença à baisser en lysis et la défervescence fut complète en 8 jours. La varicelle survenue à ce moment prolongea le séjour de cette malade à l'hôpital. Durant les trois semaines qu'il nous a été donné de l'observer, nous avons constaté que la constipation était habituelle, et nécessitait un purgatif journalier.

Les matières étaient dures, fragmentées, avec du mucus en quantité variable suivant les jours.

Obs. XXIV (personnelle, recueillie dans le service de M. COMBY). —

Colique muco-membraneuse et sableuse à poussée subaiguë à forme d'embarras gastrique.

Jeanne Cornu, 5 ans 1/2, entrée salle de Chaumont, le 26 décembre 1899.

Père bien portant, mère très constipée avec débâcles diarrhéiques ; n'a jamais examiné ses matières au point de vue des mucosités.

L'enfant est née à terme, à la suite d'un accouchement difficile, on avait dû lui fracturer la cuisse, nourrie au biberon sans tube, a marché à 12 mois ; première dent à 8 mois. Rougeole à 4 an. Coqueluche à 5 ans.

Depuis 2 ans et demi se plaint constamment du ventre, avec crises de douleurs de 5 à 6 minutes de durée, survenant sans rapport avec l'alimentation ou le besoin de défécation. La douleur débute habituellement dans la fosse iliaque droite pour se généraliser rapidement à tout l'abdomen. L'enfant selon son expression se plaint que « tout son ventre roule ».

Constipation opiniâtre et constante sans débâcles diarrhéiques spontanées. Onدا purge tous les deux jours à l'eau de Montmirail.

Les matières sont dures, fragmentées. La mère a souvent remarqué, dans les selles, la présence de glaires (blanc d'œuf cru) et de peaux, qui auraient quelquefois atteint 0.20 centimètres de longueur. Il n'y aurait, au dire de la mère, aucune relation entre les débâcles muqueuses et les paroxysmes douloureux.

Se présente à la consultation des Enfants-Malades le 20 décembre.

Depuis 10 jours, a perdu l'appétit, les douleurs apparaissent plus souvent et sont plus fortes.

Il y a eu une modification importante du côté de ses selles. Cette fillette, qui n'allait à la garde-robe que grâce aux purgations répétées tous les 2 jours, a, depuis le début, des selles naturelles mais irrégulières. Elle va plusieurs fois à la garde-robe dans une journée, à la suite de fortes coliques, mais reste aussi vingt-quatre heures sans avoir d'évacuations alvines. Durant cette crise subaiguë, la mère n'aurait pas observé de fausses membranes, mais les selles étaient très mousseuses,

On constate alors un état saburral très marqué des voies digestives supérieures ; la langue est blanche, un peu rouge sur les bords et à la pointe, légère teinte subictérique des sclérotiques. Peau chaude.

Comme la mère refuse de laisser son enfant à l'hôpital on la fait revenir dans la salle le surlendemain, pour pratiquer un examen clinique plus complet et instituer un traitement.

A ce moment, l'état est peu modifié : la teinte subictérique a disparu, la langue est toujours blanche, le ventre est ballonné, douloureux, il est impossible de sentir le côlon à cause du ballonnement. La température est à 38°. Un grand lavage intestinal, avec eau bouillie à l'aide d'une sonde de caoutchouc, ramène un peu de matière sous forme de scybales, quelques « crachats intestinaux » et une quantité notable de sable jaune-noirâtre.

L'analyse qualitative de ce sable due à l'obligeance de M. Demoulin, interne en pharmacie, a montré qu'il était composé de phosphates ammoniaco-magnésiens.

OBS. XXV (LEREBOULET in thèse POIGNARD, 1875). — *Entéro-colite muco-membraneuse avec crises d'entéralgie fébriles.*

Mme B..., âgée de 28 ans. Constitution très délicate, tempérament lymphatique et nerveux. A la suite d'un second accouchement phlegmasie péri-utérine avec rétroflexion consécutive sans lésion du col. A la suite de la compression occasionnée par la rétro-déviation, il y eut de l'atonie de l'extrémité inférieure du tube digestif avec constipation opiniâtre, efforts pénibles et souvent infructueux pour aller à la garde-

robe. Douleurs sourdes dans la fosse iliaque gauche, dyspepsie continue et accès de gastro-entéralgie.

Le 2 mai 1873, après une constipation qui dure depuis 3 jours, Mme B... est atteinte des accidents suivants : douleurs très vives dans l'abdomen et en particulier dans la fosse iliaque gauche, le ventre est ballonné, les coliques violentes, il y a du ténesme, des épreintes très violentes torturent la malade ; sans cesse elle essaye d'aller à la garde-robe, elle n'y peut parvenir malgré l'absorption d'une forte dose d'huile de ricin.

Sont prescrits 1 gramme de calomel et 1 gramme 50 centigrammes de jalap à prendre en trois fois. Selles abondantes demi-solides, évacuées après des efforts très douloureux, et causant à leur suite un sentiment de gêne et de pesanteur dans la région abdominale inférieure. La malade a trois selles abondantes dans le courant de la journée du 3 mai. Le ventre qui, auparavant, était ballonné, se rétracte, les parois abdominales très amaigries permettent une exploration très complète. On ne constate aucune tumeur, aucun empâtement intra-abdominal.

Dans la nuit, les selles sont liquides, sanguinolentes et accompagnées de l'expulsion de débris pseudo-membraneux, blanchâtres, rubanés, très longs, très cohérents. Le liquide, au milieu duquel se trouvent ces productions, renferme une grande quantité de matières glaireuses coagulées. Quatre ou cinq selles analogues ont lieu pendant la nuit.

Interrogée avec soin, la malade déclare qu'à plusieurs reprises déjà, elle a observé des peaux analogues dans ses matières ; qu'elle s'était crue atteinte de dysenterie, mais qu'elle n'avait pas attaché une grande importance à ces accidents qui disparaissent spontanément au bout de cinq ou six jours.

Dans la journée du lendemain, les douleurs persistent, la malade n'a qu'une selle dont les matières sont normales, demi-cohérentes, tapissées de mucus concret glaireux et de fausses membranes analogues à celles qui avaient été rendues pendant la nuit.

Dans la soirée survient une fièvre très ardente, accompagnée de subdélire, de sueurs abondantes, d'une extrême débilité. Dans la nuit, éclatent plusieurs frissons, la malade a de la fièvre, du délire,

des vomissements et rend par l'anus, à deux ou trois reprises, un peu de sang, toujours mélangé de fausses membranes.

Le lendemain, la fièvre tombe, l'état général s'améliore, mais les douleurs entéralgiques persistent pendant plusieurs jours, et jusqu'au 10 mai, les selles demi-liquides, provoquées journellement à l'aide de lavements émollients, renferment des débris membraneux et du mucus épais en quantité assez abondante.

Dans la suite, chaque fois que la médication purgative était interrompue, on a assisté à des accidents analogues, mais moins graves.

Les pseudo-membranes, examinées au microscope étaient composées de mucus concret avec cellules épithéliales cylindriques, gonflées et volumineuses. Il n'existait aucune trace de fibrine, aucune fibre connective ou élastique.

OBS. XXVI (GOURDON, *Essai sur l'entérite pseudo-membraneuse simple*). — *Entéro-colite chez une neuro-arthritique à crises d'entéralgie successives périodiques, accompagnées de fièvres.*

Mme M. C..., âgée de 50 ans, est encore réglée et l'a toujours bien été. D'un tempérament nerveux et lymphatique, habitant un pays où règnent les fièvres palustres ; aucune maladie héréditaire intéressante ; à 25 ans pneumonie ; à 35 ans expulsion d'un tænia de plusieurs mètres ; à 38 ans, affection utérine probablement métrite cervicale ; à cette époque, surexcitation nerveuse simulant les symptômes d'hystérie.

Depuis 1873, douleurs névralgiques occipito frontales, douleurs à l'articulation temporo-maxillaire. Torticolis fréquent, myalgie oculaire. Points névralgiques sous-orbitaires et malaires ; pas de paralysie ; pas d'anesthésie partielle. Douleurs dans les articulations du coude, du poignet, des phalanges ; douleurs dans les muscles des membres inférieurs, craquements secs dans les articulations du cou-de-pied pendant que l'on imprime des mouvements de flexion et d'extension.

La chaleur du lit, les temps froids et humides augmentent les douleurs.

Rien à noter dans les principaux viscères.

Depuis 13 à 14 ans, la malade se plaint périodiquement, à l'approche du printemps, de douleurs tout aussi violentes dans la région épigas-

trique que dans les régions hypogastriques et pelviennes. Ces douleurs sont précédées de frissons irréguliers ; quelquefois il y a des épistaxis, en même temps la température monte à 38°5 ou 39°, et le pouls donne 100, 110 pulsations à la minute. Ces souffrances ont lieu par crises durant 20, 25 et quelquefois 30 jours. Elles présentent une telle acuité, que la malade forcée de s'aliter, ne peut, en aucune façon, supporter le poids des couvertures de son lit.

Le sommeil est nul ou n'a lieu que sous l'influence de préparations opiacées à haute dose. Les douleurs musculo-articulaires redoublent avec les douleurs abdominales. On note un point douloureux, profond au niveau de l'appendice xyphoïde.

Après plusieurs jours de souffrances le ventre se ballonne, devient de plus en plus douloureux et ce n'est qu'après une longue constipation et après avoir ressenti une sensation de brûlure profonde dans tout le corps, mais notamment dans les régions épigastriques et pelviennes que la malade épuisée parvient à expulser, avec les matières fécales, des membranes, des tubes, des filaments muqueux.

Ces débris de membranes que l'on dirait être des portions de muqueuse intestinale se présentent tantôt sous forme de plaques triangulaires, tantôt simulant un large anneau représenté en totalité ou en partie. Souvent les lambeaux n'ont point de forme déterminée.

Les tubes expulsés sont des plus singuliers quant à leur volume et à leur forme. La plupart sont aussi gros qu'une plume d'oie, mais beaucoup sont plus petits, quelquefois même presque filiformes. Tous offrent des digitations semblables à celles qui émergent d'un tronc artériel. Ces digitations se divisent et subdivisent même de façon à simuler assez exactement un squelette glandulaire.

M. le Dr Renaut a eu l'obligeance d'examiner ces fausses membranes ; voici quel a été le résultat de l'examen. •

« Les longs filaments membraniformes traités par l'eau se sont gonflés comme le fait ordinairement le mucus rétracté par l'alcool pur. Examinée au microscope, la matière, qui les forme, semble constituée par une substance homogène englobant des granulations réfringentes et un petit nombre de globules blancs ratatinés ; il est probable que cette substance n'est autre chose que du mucus rétracté par l'alcool.

Groupe XI. — FORME CONTINUE GRAVE DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE.

OBS. XXVII (THÉVENOT, *Société de médecine de Paris*, 10 février 1884. *Union médicale*, 1883). — *Entéro-colite muco-membraneuse ayant simulé un rétrécissement de l'intestin.*

Mme X..., âgée de 34 ans, n'a rien noté de particulier du côté des fonctions intestinales jusqu'en 1875. Etant devenu grosse pour la cinquième fois, elle fut prise à partir du quatrième mois, d'hémorrhagies intestinales menaçantes pour l'existence même, et dont elle ne peut guérir qu'en se mettant, pendant les derniers mois de la grossesse, à une diète lactée rigoureuse.

Phlegmatia alba dolens le 12^e jour après l'accouchement. Six mois plus tard, dans un séjour qu'elle fit à Lima, elle remarqua, pour la première fois, que les garde-robes étaient recouvertes de glaires et d'une quantité de membranes blanchâtres. Le calibre du boudin fécal est comparé par elle à celui d'une bougie. En 1878, elle revint à Paris.

Elle se plaignait alors de vives douleurs après chaque garde-robe, douleurs qui s'exaspéraient pendant 2 ou 3 heures.

La dilatation forcée met fin à ces douleurs, et le mieux persista jusqu'en janvier 1879.

Vers la fin d'une nouvelle grossesse, elle nota que le calibre du boudin fécal avait diminué de moitié, que les garde-robes étaient quelquefois rubanées ; elle commença à souffrir d'une douleur persistante dans le flanc droit. Depuis cette époque, elle ne peut guère aller à la garde-robe, qu'en s'asseyant dans un baquet d'eau froide ; elle n'éprouve jamais le besoin d'aller à la garde-robe, elle s'y présente tous les jours, parfois deux fois, et toujours avec un résultat, elle n'a pas la sensation du passage du bol fécal, ce qui s'explique sans doute par une chute de la muqueuse dans une hauteur de 5 à 6 centimètres ; le calibre du boudin fécal varie de la grosseur du petit doigt à celui d'un crayon.

Depuis 1879, elle rend tous les jours des mucosités épaisses et des

membranes blanchâtres. Par deux fois, elle rendit des membranes tubulées ; la première fois, en 1879, quelques jours après l'accouchement, une de ces membranes tubulées avait 6 centimètres de long ; la seconde fois en 1881, à la suite d'un avortement à trois mois, elle expulsa une masse de membranes tubulées, qu'elle compare (comparaison plusieurs fois faite par les malades) à un plat d'énorme macaroni. L'expulsion dans le deuxième cas ne s'est accompagnée d'aucun malaise, d'aucune douleur. On voit par ce fait, et par l'observation précédente. l'influence de la grossesse sur les formations membraneuses.

C'est la diminution de calibre qui avait poussé Thevenot à penser à un rétrécissement.

Obs. XXVIII (M. le professeur POTAIN, De la colite chronique, in *Semaine médic.*, 1887). — *Entéro-colite muco-membraneuse accompagnée d'hémorrhagie, pouvant en imposer pour un néoplasme stomacal, intestinal ou pour un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum.*

Il s'agit d'un homme, de cinquante et un ans, qui a été souffrant, pour la première fois, en 1870. A cette époque, il a été atteint de coliques intestinales assez vives, s'accompagnant d'un flux hémorrhagique abondant, sans qu'il y eut cependant la moindre douleur rappelant le ténésme anal. Il se rétablit fort rapidement, mais pareils accidents se reproduisirent depuis cette époque à deux reprises différentes, notamment il y a trois semaines environ.

Chaque fois, il avait en même temps quelques épistaxis ; en outre, il y a 5 ou 6 ans, il a présenté, en même temps que des vomissements alimentaires, quelques vomissements sanglants.

Aujourd'hui, il n'a pas de fièvre, le pouls bat 64 pulsations à la minute, mais la langue est sale, le ventre douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche, où il y a comme un épaissement des parties profondes ; les selles sont encore rares actuellement et glaireuses, mais grâce au traitement, l'état général et local du début s'est notablement amélioré.

OBS. XXIX (D^r SOUPAULT, in *Manuel médic.*, IV). — *Entéro-colite muco-membraneuse ayant présenté les allures cliniques du cancer intestinal.*

Il s'agit d'un malade observé par MM. Debove et Soupault.

La maladie avait débuté brusquement chez un homme d'une santé habituellement parfaite. Elle était caractérisée, au début, par des crises très douloureuses survenant environ tous les quinze jours, mais dans l'intervalle desquelles le patient éprouvait des douleurs abdominales sourdes.

On constatait dans les selles des muco-membranes en grande abondance. Après quelques mois seulement, les crises se montrèrent plus intenses et se rapprochèrent de façon à devenir subintrantes, les muco-membranes furent expulsées en quantité considérable ; de plus, peu à peu, mais assez rapidement, le malade pâlit, maigrit, perdit ses forces, fut pris de diarrhée continue et tomba dans un état de cachexie grave.

**Groupe XII. — ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE
CHEZ L'ENFANT.**

OBS. XXX (D^r GALLIARD, *Société médicale des hôpitaux*). — *Crise paroxystique d'entéro-colite muco-membraneuse suivie d'accidents infectieux graves ; érythème.*

Fernand W..., âgé de cinq ans, a été soigné par moi, à plusieurs reprises, pour de l'embarras gastro-intestinal. J'ai constaté chez lui de la dilatation d'estomac. Malgré la surveillance de ses parents, il a tendance à s'alimenter d'une façon trop copieuse. Sa mère me l'amène le 4 décembre 1896 : elle a remarqué que, depuis quelques jours, il avait peu d'entrain et tolérait mal les aliments solides ou liquides. Malheureusement, il n'aime pas le lait, et lorsqu'on lui impose le régime lacté, il a de fréquents malaises.

Le 7 décembre, je suis appelé par ses parents. Il s'est plaint, en effet, de violentes coliques et les douleurs ont été tellement vives qu'elles ont fait craindre des syncopes. L'enfant désigne l'épigastre comme

siège des sensations douloureuses. L'examen de l'abdomen ne révèle d'ailleurs rien de spécial : pas de météorisme, pas de résistance exagérée, pas de tumeur. Les signes de la dilatation gastrique, précédemment observée, persistent. La langue est chargée ; l'odeur acétonique de l'haleine se perçoit nettement. On a remarqué des évacuations glaireuses. Pas de fièvre.

Je fais le diagnostic de *colite* et je prescris : onctions anodines, cataplasmes chauds, grande irrigation à l'eau boriquée tiède, calomel 40 centigrammes.

Le 8. — Les coliques sont moins douloureuses. Je constate dans le vase de l'enfant les grands lambeaux qui caractérisent la *colite mucino-membraneuse* ; il n'y a ni fausses membranes dignes de ce nom, ni sang. Le calomel n'a pas provoqué d'évacuations copieuses. L'enfant est très abattu ; il a grande soif et, refusant le lait, réclame sans cesse de l'eau minérale. La surcharge linguale persiste. Pas de météorisme.

La température dépasse à peine 37°. A certains moments, le pouls s'accélère.

Les jours suivants, nous continuons à constater dans le vase les produits de ce que Lasèque appelait l'*expectoration intestinale* : masses glaireuses, rubans, cylindres déchiquetés ; parmi ces cylindres, le plus long a mesuré 30 centimètres. Pas de fibrine ; pas de sang. Les matières sont molles, généralement brunâtres. Elles ne deviennent liquides que sous l'influence des lavements à l'eau boriquée qu'on administre deux fois par jour. J'ai prescrit une seconde dose de calomel et, dans l'intervalle des deux purgations, j'ai fait prendre de faibles doses de benzo-naphtol. L'enfant boit du lait d'ânesse. Il ne dort, la nuit, que sous l'influence du chloral.

Le 14. — L'apyrexie persiste. La mère de l'enfant remarque parfois des bouffées de chaleur à la face, mais jamais la température n'atteint 38°. Je constate souvent 104 ou 108 pulsations. Bien que les désordres intestinaux ne se soient pas aggravés d'une façon appréciable, il est impossible de nier les progrès rapides de la dénutrition. L'enfant a considérablement maigri : yeux excavés, joues creuses, côtes saillantes, ventre en bateau. En outre, le malade est prostré, indifférent, répondant à peine aux questions, craignant le bruit et la lumière,

n'appelant sa mère que pour demander à boire ou pour réclamer le vase ; ténesme vésical, fréquents besoins d'uriner sans résultat ; l'urine est rare ; elle ne contient pas d'albumine.

J'examine avec grand soin le thorax sans rien découvrir d'anormal. Rien au cœur. Pas de gonflement de la rate ni du foie. Pas de contracture. Fonctionnement normal des pupilles.

On continue le lait d'ânesse, les lavements boriqués, les cataplasmes, le benzo-naphtol à faible dose.

Le 15. — Amélioration. Le malade est beaucoup moins abattu, moins faible ; il demande à manger.

Le 16. — Je m'abstiens d'aller le voir dans la matinée ; or, en arrivant auprès de lui, à 4 heures, je constate une aggravation singulière de son état. Pour la première fois, la fièvre se manifeste ; T. 39°4, P. 124. Il y a, en même temps, un peu de catarrhe oculaire et nasal, et de vagues rougeurs à la face. L'auscultation révèle quelques râles sibilants. Il est donc rationnel d'admettre un début de grippe. Je prescris 0,25 centigrammes de chlorhydrate de quinine. On continue les lavements d'eau boriquée.

Le 17. — La nuit a été fort agitée. L'enfant s'est plaint d'avoir mal aux yeux ; il a réclamé plusieurs fois le vase pour n'émettre qu'une faible quantité d'urine et des matières demi-liquides avec quelques glaires. L'urine qu'on a réussi à recueillir contient, pour la première fois, un peu d'albumine. Température 40°1. Je constate un piqueté rougeâtre à la face, au pli des coudes, au dos des poignets. Pas d'engorgement des ganglions lymphatiques. Les conjonctives sont légèrement injectées. La langue est saburrale, rouge sur les bords. La soif est vive. L'enfant a pris ce matin 30 centigrammes de calomel. On continue le lait d'ânesse. Eau sucrée additionnée d'un peu de cognac.

Le soir, 40°4. Chlorhydrate de quinine 0,25 centigrammes. Compresses d'eau fraîche sur la tête pour la nuit ; 1 gramme d'hydrate de chloral en cas d'insomnie.

Le 18. — L'enfant a eu du délire de paroles. Il a toujours du ténesme vésical. Il expulse encore, avec les matières, des cylindres mucino-membraneux. L'éruption s'est accentuée depuis la veille. Je reconnais tous les caractères de l'*érythème infectieux*, tel que je l'ai ob-

servé et décrit dans le choléra et dans la fièvre typhoïde. Les papules se sont élargies à la face, autour de la bouche, autour des yeux, aux tempes. Elles envahissent les oreilles, les régions mastoïdiennes, le cou, la nuque. Elles se manifestent au thorax, aux aisselles, aux genoux, à la face antéro-externe des jambes ; on en trouve quelques-unes aux fesses. Les signes de catarrhe bronchique ont disparu. Langue sèche.

Je prescris quatre doses de calomel de 0,10 centigrammes et des lotions froides.

Le soir 40°2. Un bain à 30° fait tomber la température à 39°. Vers 10 heures du soir, 39°5. L'enfant n'ayant pas été calmé par le chloral, on lui donne du valérianate d'ammoniaque.

Le 19. — A 3 heures du matin, 40°2 : à 7 heures, 39°3. A 8 heures, notre collègue, le Dr Comby, vient voir l'enfant avec moi, en consultation. Il constate les papules larges et confluentes à la face, autour des oreilles, aux genoux, aux jambes ; les taches disséminées aux cuisses, aux fesses, à l'abdomen, au dos. On lui montre des matières verdâtres avec quelques amas glaireux, lesquels ne contiennent ni streptocoques, ni staphylocoques, mais des coli-bacilles en grand nombre (examen pratiqué par mon interne, M. Milian). Il constate que le cœur est sain, que les râles de bronchite sont à peu près négligeables. Il note le ballonnement du ventre, ballonnement qui s'est manifesté seulement depuis 3 jours. Il apprend que l'urine ne contient déjà plus d'albumine.

D'accord avec moi sur le diagnostic, M. Comby conseille des bains à 20° toutes les trois heures, quatre doses de calomel de 0,01 centigramme en 24 heures, deux lavements au borate de soude ; lait d'ânesse auquel on ajoutera, dès que l'enfant sera plus docile, du lait de vache ; pour la suite, 50 centigrammes de trional.

Après le bain donné à 9 h. 35, on note 37°2. A 1 heure après-midi, 40° ; à 5 h. 40°1 ; à 9 h. 30, 40°1. Les bains abaissent la température à 38°3 et à 37°8.

Le 20. — A 1 h. 45 du matin, 39°7 ; à 4 h. 30, 39°6 ; à 7 heures, 40° (37°6 après le bain) ; à 9 h. 45, 39°2 ; à 11 h. 45, 39°5 (37°3 après le bain) ; à 2 h. 30, 39°9 ; à 6 heures du soir, 39°7 ; à 9 heures, 40°.

Les papules sont confluentes, à la face, au cou, aux aisselles, au pli des coudes, aux avant-bras. On trouve de larges placards aux fesses, aux jambes, à la plante des pieds. L'érythème est morbilliforme sur toute la face du thorax, du dos, de l'abdomen. Délire de paroles. Bouche sèche et rouge ; fétidité de l'haleine ; météorisme. Le vase contient une purée jaunâtre. L'urine est rare ; comme au début, l'enfant demande à chaque instant le vase pour n'émettre que quelques gouttes ; pas d'albumine.

Le 21. — La température oscille autour de 39°. Pouls, 120. L'éruption commence à s'atténuer. Le météorisme persiste, mais le ventre n'est pas douloureux à la palpation ; on ne constate ni empâtement ni tumeur. Pas de gonflement de la rate. L'enfant ne vomit pas ; il s'alimente avec le lait d'ânesse. Bouche sèche ; soif vive. Les matières se présentent sous forme de purée verdâtre.

Soir, 39°3 à 6 heures ; 39°5 à 10 heures. Les bains abaissent à 37°7.

Le 22, 40° à 3 heures du matin ; 39°5 à 8 heures. Pouls dicrote : 128. Nuit troublée par les fréquents besoins d'uriner ; oligurie. Le météorisme est un peu moindre. Soir, 39°3 à 6 heures ; 37°8 après le bain. La desquamation commence à la face. Les matières ont l'aspect d'épinards hachés ; encore quelques mucosités intestinales.

Le 23. — 38°4. Le malade se trouve mieux ; il demande à manger. Selles verdâtres avec quelques filaments muqueux. Ventre très ballonné. Langue sèche, dépouillée. Lèvres sèches, avec des fissures saignantes au niveau des commissures. L'éruption a pâli partout. L'enfant se plaint de démangeaisons qui le poussent à se gratter : placards d'urticaire au niveau de l'abdomen. Le ténesme vésical a disparu. On continue le calomel (0,04 centigrammes) et des lavements deux fois par jour.

Le 24. — 38°2 et 38°1 ; l'exanthème a presque complètement disparu. Légère desquamation à la face ; pas de desquamation ailleurs. L'enfant réclamant avec insistance des aliments, j'accorde un peu de lait de vache ; ce lait n'est digéré qu'avec difficulté. Pas d'évacuations glaireuses. Urine normale.

Le 25. — 37°1 et 37°7. L'érythème n'existe plus. Moins de météorisme. Pas de coliques. Bouche sèche.

Le 26. — Langue moins rouge ; selles jaunâtres ; moins de ballonnement abdominal. Calomel, 0,02 centigrammes.

Le 27. — L'état de la bouche est plus satisfaisant, le ventre est mieux ; la digestion du lait s'effectue plus rapidement. L'enfant réclame sans cesse des œufs et de la viande.

Le 4 janvier 1897. — La desquamation est à peu près terminée. Appétit insatiable. L'enfant commence à reprendre des forces et de l'embonpoint. Les fonctions digestives sont presque normales.

Le 13. — L'enfant se lève. Je recommande une grande prudence : on évitera surtout les excès alimentaires.

Depuis cette époque, la santé de l'enfant est parfaite.

OBS. XXXI (D^r COMBY, *Société médicale des hôpitaux*). — *Entérite muco-membraneuse à marche intermittente.*

Fillette de vingt-huit mois observée par le D^r Thompson (*Arch. of Pediatrics*, janvier 1894), prise d'entérite membraneuse pour la seconde fois ; la première fois, elle était devenue pâle, avait perdu l'appétit et grinçait des dents : on examine les garde-robes et on trouve des débris membraneux qu'on prend pour des vers ; on donne du séné : l'enfant a du mélena et va bien pendant quelques mois. Puis elle accuse de faux besoins, est agitée, dort mal ; sa mère retrouve des membranes dans les garde-robes.

Ces membranes avaient l'apparence de celles du croup, les plus épaisses semblaient formées de deux couches ; quelques-unes étaient tubulaires et engainaient le bol fécal. Au microscope : cellules épithéliales, leucocytes, microbes, fibrine. Traitement par un mélange de voix vomique, gentiane, bicarbonate de soude, rhubarbe, amélioration.

OBS. XXXII (COMBY, *Société médicale des hôpitaux*). — *Entérite muco-membraneuse à marche intermittente.*

Garçon de huit ans, observé le 26 mars 1896, pâle, nerveux, irritable. Nourri au sein, l'enfant a marché à 13 mois ; il vomissait tous les jours. Otorrhée gauche, varicelle, rougeole, oreillons. A l'âge de trois ans, entérite grave avec mélena pendant dix jours. A six ans, nouvelle en-

térite avec mélæna. Actuellement troisième atteinte sérieuse d'entérite. Depuis huit jours, l'enfant rend des matières muco-membraneuses mêlées de sang. Le toucher rectal n'indique rien. Ventre souple et non douloureux à la palpation. Amélioration rapide par le repos au lit, les lavements, la diète lactée.

OBS. XXXIII (D^r COMBY, *Société médicale des hôpitaux*). — *Entérocolite muco-membraneuse grave.*

Garçon de six ans, observé le 13 juin 1896 : c'est un jumeau, allaité par conséquent dans des conditions défectueuses, il a marché tard (seize mois) et a été rachitique. Enfant très vorace, mangeant vite, buvant beaucoup. Estomac dilaté, bruit de clapotage au niveau de l'ombilic. Depuis un mois l'enfant a de la diarrhée, il rend du sang, parfois en caillots, des glaires, des débris membraneux qui ont été pris pour des fragments de tænia. Quelques coliques, mais sans épreintes, chaleur à l'anus, légère saillie de la muqueuse rectale au moment de la défécation. Prescription : lait comme boisson, lavages quotidiens de l'intestin avec une solution boratée (1 pour 500), aliments en purée, paquets composés de bicarbonate de soude, craie, salicylate de bismuth, pepsine et noix vomique.

OBS. XXXIV (D^r COMBY, *Société médicale des hôpitaux*). — *Entérocolite muco-membraneuse à marche intermittente.*

Au mois de décembre dernier, j'étais appelé à voir un petit garçon de vingt-huit mois, très gravement malade, ayant depuis quelques jours des vomissements, de la diarrhée muqueuse, de la fièvre, etc., finalement, des menaces d'algidité et de collapsus. Cet enfant, bien développé pour son âge, ayant les membres droits, les dents complètes, nullement rachitique, avait été nourri au sein par sa mère, qui, obligée de le sevrer plus tôt qu'elle ne l'aurait voulu, lui avait donné à manger, prématurément et surabondamment, des soupes et autres aliments. A l'âge de 14 mois, l'enfant a présenté sa première atteinte d'entérite muqueuse ; fièvre vive (39°, 39°5), coliques, abattement, diarrhée glaireuse, mousseuse, fétide ; les matières étaient analogues à du blanc d'œuf cru. Au bout de quatre à cinq jours, l'enfant reprenait

le dessus, on lui donnait une bonne nourrice (il est encore au sein, quoique âgé de deux ans et demi). Au bout de quelques mois, rechute avec les mêmes symptômes que précédemment. A l'heure actuelle, l'enfant a eu, en seize mois, six crises d'entérite muco-membraneuse plus ou moins inquiétantes.

La dernière, qui date de la fin de février, a été moins forte que les précédentes, mais plus prolongée ; la fièvre a atteint 39°, les lavages intestinaux, recommandés à cette occasion, ont fait rendre à l'enfant des lambeaux muco-membraneux longs de 6 à 7 centimètres. Jusqu'à présent, l'enfant n'a pas rendu de sang dans ses matières. Au moment de chaque crise, il a une poussée d'urticaire.

Le traitement a été le suivant ; dans l'intervalle des crises, allaitement au sein, bouillies de farine de riz, panades légères à la biscotte, un œuf par jour.

Au moment des crises, allaitement au sein exclusif, lavage de l'intestin, tous les jours, avec deux litres d'une solution de borate de soude à 2 pour 1000 ; petites doses de calomel (3 centigrammes par jour en trois fois) ; bains tièdes.

L'enfant ayant habituellement de la constipation, on lui fait prendre tous les jours, un petit lavement avec une cuillerée à café de glycérine. M. Hutinel, consulté pour cet enfant, a conseillé les massages légers de l'abdomen.

Malgré le régime sévère auquel le petit malade est soumis, malgré les soins hygiéniques dont il est entouré, son entérite muco-membraneuse revient obstinément tous les trois ou quatre mois, et, dans ces derniers temps, les crises semblent se rapprocher. Le déplacement, le changement d'air (l'enfant est venu de Grasse à Paris) n'ont pas empêché le retour des crises.

OBS. XXXV (D^r COMBY, *Société médicale des hôpitaux*). — *Entérocolite muco-membraneuse avec crises d'entéralgie dysentériques.*

Petit garçon de cinq ans, observé le 26 mars 1896, nourri au sein jusqu'à quatorze mois, sevré brutalement. Il marchait à treize mois. A partir du sevrage, il s'est affaibli, a maigri, a cessé de marcher, a souff-

fert de l'estomac. Il est devenu rachitique. Pendant longtemps, il a présenté des alternatives de diarrhée et de constipation, et on retrouvait les aliments non digérés dans ses garde-robes (lientérie). Depuis le sevrage, il a toujours eu un appétit et une soif exagérés, avec sommeil agité, interrompu par des cauchemars et des terreurs nocturnes.

Depuis quelque temps, l'appétit a diminué, mais la soif reste excessive. L'enfant est en retard, il est petit pour son âge. Nous sommes en présence d'un dyspeptique. Or, depuis huit jours, un épisode aigu est venu se greffer sur cette dyspepsie ; l'enfant rend plusieurs fois par jour, des glaires, du sang, sans matières moulées, avec des coliques assez douloureuses. L'état général paraît bon ; il n'a pas de fièvre.

Chez cet enfant, l'entérite muqueuse ne s'est déclarée qu'à l'âge de quatre ans.

OBS. XXXVI (D^r COMBY, *Société médicale des hôpitaux*). — *Entérocolite muco-membraneuse subaiguë*.

Garçon de cinq ans, observé le 20 avril 1895 ; cet enfant nourri au biberon, à la campagne, avec du lait de chèvre, n'a marché qu'à vingt mois et a toujours eu un gros ventre. Dans les premiers mois, il aurait présenté du muguet, de l'ictère. En somme il a beaucoup et pendant longtemps souffert du tube digestif. Desquamation linguale. Voracité très grande, polydypsie.

Le ventre, actuellement, est assez gros, mais flasque, un peu douloureux à la pression. Vomissements de temps à autre. Depuis plusieurs mois, l'enfant a des selles très fréquentes, presque toutes les heures, et il rend des matières en très petite quantité, analogues à des crachats, sans épreintes ni ténésme, sans mélæna.

Groupe XIII. — GASTROPATHIES DIVERSES ET ENTÉRO-COLITE
MUCO-MEMBRANEUSE.

OBS. XXXVII (inédite, due à l'obligeance du D^r SOUPAULT). — *Entéroptose, néphroptose, gastropptose.* — *Phénomènes de dyspepsie hypersthénique ; entérite muco-membraneuse.*

Boug..., corsetière, 66 ans. Entrée le 27 avril 1898.

Antécédents héréditaires tuberculeux. A eu une pneumonie à 21 ans. Péritonite à 37 ans. Bien réglée.

Souffre de l'estomac depuis environ 15 ans ; pas d'antécédents éthyliques. Antécédents nerveux très marqués, a été soignée, il y a 15 ans, par Lasèque pour la danse de St-Guy ; crises nerveuses à cette époque ; a gardé une sensibilité exagérée, symptômes de neurasthénie.

La maladie actuelle a débuté il y a 15 ans d'une façon insidieuse, depuis les phénomènes n'ont pas changé de caractères, ils ont augmenté de fréquence et d'intensité ; on note de la fatigue, des maux de tête, de l'endolorissement musculaire, des crampes d'estomac avec sensation de faim ; jamais de pituite.

Les matinées sont en général bonnes ; vers 11 heures et demie, midi, les crampes d'estomac apparaissent.

Assez bon appétit au déjeuner. Immédiatement après, le plus souvent 2 ou 3 heures plus tard, gêne épigastrique, sensation de poids énorme, somnolence, durant de 2 ou 3 heures environ. Jamais de vomissement, d'hématémèse ou de mélæna.

Peu d'appétit au dîner, nuits mauvaises, agitées, depuis 10 jours, réveillée à 10 heures par crampe stomacale.

Le régime lacté institué est resté sans succès.

Alternative de diarrhée et de constipation.

La malade, depuis 3 ou 4 ans, présente des phénomènes d'entérite muco-membraneuse.

Amaigrissement de 10 livres depuis 2 mois.

Examen : Thorax étroit surtout à la partie inférieure à la palpation : Battement épigastrique, douleur marquée au niveau du plexus solaire (point xyphoïde, douleur nulle dans le reste de la région stomacale), néphroptose ; au devant de la colonne vertébrale, tuméfaction dont la nature est assez difficile à déterminer.

Percussion : La petite courbure est située à quelques centimètres de la pointe xyphoïde, la grande courbure déborde l'ombilic de 2 travers de doigts.

OBS. XXXVIII (inédite, due à l'obligeance du D^r SOUPAULT). — *Atonie gastro-intestinale. Entéro-colite muco-membraneuse.*

Riv..., employé de chemin de fer, 37 ans.

Entré le 4 octobre 1899.

Aucun antécédent si ce n'est légère fièvre palustre en 1886.

Souffre de l'estomac depuis 15 mois, boit un demi-litre de vin par jour, 3 absinthés par semaine, mange très vite ; bon appétit, se plaint de sensation de faim douloureuse, de douleurs rétro-sternales, calmées par l'ingestion d'aliments. Immédiatement après, pesanteur au creux épigastrique, ballonnement, douleurs vives localisées au creux épigastrique sans irradiation.

Les matinées sont bonnes jusqu'à 11 heures, alors survient la sensation douloureuse de faim, après le repas apparaissent des étouffements, des renvois gazeux et les douleurs siégeant au creux épigastrique. Vers 5 heures, il a la sensation de faim, qui se calme par l'ingestion d'un peu de nourriture.

Après le dîner, les mêmes phénomènes surviennent de nouveau.

Pas d'hématémèse, pas de vomissements.

Selles dures et fractionnées, quelques peaux et glaires.

Hémorroïdes ne saignant plus depuis quelques années.

L'exercice facilite ses digestions.

Examen : Douleur diffuse au creux épigastrique. Foie normal, estomac normal à la percussion, clapotage assez fort trois heures après l'ingestion d'une tasse de chocolat.

Obs. XXXIX (inédite, due à l'obligeance du Dr SOUPAULT). — *Légère atonie gastro-intestinale, neurasthénie. — Entéro-colite muco-membraneuse.*

Gou..., employé à la poste, 45 ans. Entré le 26 octobre 1898.

Son père est mort de tuberculose à l'âge de 74 ans. Le malade s'est toujours plaint d'avoir l'estomac délicat. De temps en temps, il avait des régurgitations de goût très acide, avec sensation de brûlure à l'œsophage ou au creux épigastrique. Pas d'éthylisme. En 1889, les douleurs deviennent plus fortes, s'accompagnant de grandes fatigues. Sans relation avec les repas, le creux épigastrique est le siège d'une douleur très vive ; surtout à jeun. L'ingestion des aliments la calme plutôt. L'appétit est conservé, pas de vomissements, pas d'hématémèse, pas de méléna.

Trois saisons à Vichy en 88, 89, 90, sans amélioration sensible.

S'est peu soigné depuis ; a fait un peu d'hydrothérapie, a pris un peu de bétol, de la noix vomique, de la pancréatine.

Les souffrances sont à peu près constantes avec exacerbations par crises.

Le matin en se levant, l'appétit est nul, souvent quelque temps après survient la douleur, siégeant toujours au même endroit, au creux épigastrique avec endolorissement profond, irradiations à tout l'abdomen, sensation de lassitude et souvent de maux de tête. La durée de ces phénomènes est variable. A midi, le malade mange, mais restreint beaucoup sa nourriture, de peur de raviver ses douleurs. Une heure environ après le repas, les douleurs de la matinée réapparaissent et durent environ tout l'après-midi. Après le diner, les douleurs, calmées pendant quelque temps, reviennent de nouveau. Les nuits sont mauvaises, agitées, troublées par des rêves.

La constipation est habituelle, le malade prend régulièrement des laxatifs. Ses selles présentent souvent des glaires.

Comme stigmate de nervosisme, le malade présente de l'éreintement matinal, maux de tête fréquents, plaque sacrée, névralgies fréquentes diffuses.

Jamais de crise de nerfs.

Examen : La percussion de l'estomac est normale, pas de clapotage, 3 heures après l'ingestion d'une tasse de camomille.

Douleur du plexus solaire.

Urines normales. Cœur bat : 60 pulsations.

OBS. XL (inérite, due à l'obligeance du Dr SOUPAULT). — *Dyspepsie légère. — Constipation opiniâtre muco-membraneuse.*

Sec..., commerçant, 51 ans. Entré le 12 octobre 1898.

Aucun antécédent héréditaire.

Syphilis à 30 ans. Goutte et sciaticque il y a 4 ans. Mauvaises digestions depuis 2 ou 3 ans.

2 ou 3 litres de vin par jour, pas de tremblement, mais cauchemars, crampes.

L'appétit est diminué, mais on ne peut lui faire préciser ses sensations, ni éructation ni vomissement. Douleurs survenant immédiate-

ment après le repas. Constipation habituelle et opiniâtre, a vu comme « des peaux et de la graisse » dans ses selles.

Amaigrissement de 5 kilogs depuis le mois de mars, affaiblissement, asthénie, impossibilité de travailler depuis 18 mois.

Il y a 2 mois, a vomi du sang rouge, pas de mélæna.

Examen : Syphilide papulo-tuberculeuse circonscrite sur le flanc gauche.

L'estomac ne paraît pas augmenté par la percussion.

Pas de clapotage ni de flot, 3 h. 1/2 après ingestion d'une tasse de lait.

Pas de douleur au creux épigastrique.

Le foie paraît petit, mais il faut tenir compte du tympanisme.

On sent un peu la corde colique gauche.

OBS. XLI (inédite, due à l'obligeance du Dr SOUPAULT). — *Hyperchlorhydrie*. — *Neurasthénie légère*. — *Colite muco-membraneuse*.

Sang..., employé à la compagnie de l'Etat, 34 ans. Entré le 25 novembre 1898.

Bonne santé habituelle jusqu'à l'époque où débutèrent ses douleurs d'estomac (il y a 10 ans).

Pas d'alcoolisme, un litre de vin par jour, jamais d'alcool. Mangeait habituellement très vite dans une demi-heure, mais mastiquait bien. Se plaint d'aigreurs, de brûlures à siège épigastrique sans point dorsal, survenant 2 heures après le repas et durant de deux à quatre heures. Ces douleurs étaient assez vives et s'accompagnaient de régurgitations acides.

L'appétit était conservé, pas de vomissements spontanés, pas d'hématémèse ni de mélæna ; pas d'amaigrissement. Cet état dura ainsi pendant 10 ans.

Les douleurs reviennent toujours 2 heures après le repas (petit déjeuner, grand déjeuner, dîner), mais durent au moins 4 heures. En outre, il se plaint d'une sensation de brûlure stomacale non calmée par l'ingestion d'aliments, de fatigues, de rachialgie, de douleur lombaire. Les nuits sont bonnes. Crises de sommeil véritables après les repas depuis 3 ans.

Comme nervosisme on note : émotivité, rachialgie, plaque sacrée, lourdeur de tête, jamais de crises.

Toujours très constipé, se purge 2 ou 3 fois par semaine. A remarqué beaucoup de glaires et de peaux dans ses matières.

Examen : Estomac normal à la percussion. Douleurs à la pression du plexus sacré. On ne peut sentir l'état de l'intestin, par suite de l'épaisseur des parois abdominales.

L'examen du suc gastrique a démontré l'hyperchlorhydrie.

OBS. XLII (inédite, due à l'obligeance du Dr SOUPAULT). — *Dyspepsie nerveuse typique. — Constipation avec mucosités.*

Mlle Je..., métreuse, 32 ans.

Mère très nerveuse. A toujours eu une bonne santé. Très grand nervosisme, pas de crises de nerfs, grande émotivité, rachialgie, fatigues, éreintement matinal fréquent, pas d'éthylisme.

Souffre du ventre depuis l'été 1898, l'appétit est légèrement diminué, tous les jours une demi-heure après le repas, ressent au creux épigastrique et dans l'hypochondre gauche une douleur persistant une grande partie de l'après-midi. Pas de pyrosis ni de renvois, ni de vomissements.

Le matin, en se levant, pas de douleur, ou éreintement, mais tiraillements d'estomac calmés par l'ingestion d'un petit pain.

Les douleurs décrites plus haut n'apparaissent qu'après le repas.

Pendant quelques mois, envies de dormir très fortes et fréquentes. Les nuits sont assez bonnes.

Pas d'hématémèse.

Constipation habituelle, selles dures avec quelques peaux et glaires.

Examen : A la percussion, estomac normal.

OBS. XLIII (inédite, due à l'obligeance du Dr SOUPAULT). — *Maladie de Reichmann avec dilatation ; entéro-colite muco-membraneuse.*

B., marchand des quatre saisons, âgé de 43 ans.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 16 ans, érysipèle à

24 ans, souffre de l'estomac depuis 1890, se plaint de cauchemars ; tremblement des mains, un litre 1/2 de vin par jour, pas d'alcool. Mauvaise mastication, mange vite, appétit diminué avec dégoût pour la viande et les choux. Trois ou quatre heures après le repas, douleurs épigastriques très violentes à crier durant trois ou quatre heures, soulagées par ingestion d'aliments. Point lombaire.

Pendant ces douleurs, et les soulageant, surviennent des vomissements d'eau, de glaires très acides. Jamais d'hématémèse, mais il y a 15 jours (la consultation eut lieu le 14 décembre 1898), selles en raclures de chair.

L'affection présentait des répités absolus pendant 5 ou 6 mois.

Depuis mai 1898, souffre continuellement. Il se lève à 4 heures : mange une soupe avec appétit et ne ressent aucune douleur jusqu'à 10 heures. A ce moment survient la douleur épigastrique violente qui se calme à midi par l'ingestion d'aliments variés et de lait comme boisson. Son appétit est moyen.

La même douleur apparaît de nouveau à 3 heures, elle disparaît à la suite de vomissements aqueux ou d'ingestion d'un peu de lait. La douleur se montre de nouveau après le dîner, pour disparaître pendant la nuit. Beaucoup de renvois nidoreux (œufs pourris, bouche amère), ballonnement du ventre fréquent après le repas.

Très constipé habituellement avec peaux et glaires en petite quantité, débâcles diarrhéiques. Le malade est très nerveux, émotif, jamais de crise de nerfs, de fatigue, de céphalalgie en se levant.

A son dire, il aurait beaucoup maigri.

A l'examen, l'estomac paraît dilaté, clapotage 4 heures après l'ingestion d'une soupe.

Groupe XIX. — REIN MOBILE ET ENTÉRO-COLITE

MUCO-MEMBRANEUSE.

Obs. XLIV (Inédite, due à l'obligeance du Dr TUFFIER). — *Entéro-colite muco-membraneuse*. — *Lithiase rénale*. — *Rein flottant*.

Mlle B..., 53 ans. Religieuse.

En dehors des fièvres éruptives de l'enfance, a eu le choléra, à l'âge

de 2 ans. Depuis elle aurait toujours eu, dit-elle, « une grande susceptibilité du côté de l'estomac et de l'intestin. Troubles dyspeptiques variés ; vomissements fréquents.

En 1884, à l'âge de 37 ans, ses règles, régulières jusqu'à cette époque, se montrent deux fois par mois et s'accompagnent de douleurs lombaires pendant plusieurs jours, au début et à la fin de la période menstruelle.

En 1890, à la suite d'un effort violent, elle ressent une vive douleur, avec sensation de déchirure dans le côté droit. Depuis ce moment la malade accuse la perception d'une « grosseur » qui se déplacerait dans son flanc droit.

A peu près à la même époque surviennent de la gêne, de la pesanteur dans le petit bassin rendant la position assise difficile.

En 1893, survient dans le flanc droit, une crise douloureuse au sujet de laquelle on porte le diagnostic de rein flottant.

En 1894, au mois de juillet, on pratique l'hystérectomie vaginale pour des lésions utéro-annexielles diagnostiquées quelques mois auparavant.

A la suite de cette opération, la malade se plaint d'incontinence d'urine causée par des fistules urétéro-vaginales. Elle consulte alors M. Tuffier qui est obligé de pratiquer plusieurs opérations successives avant d'obtenir une guérison complète. La dernière intervention, suivie de succès, date de la fin de l'année 1896.

Entre temps, en octobre 1895, première crise de coliques néphrétiques avec rejet de sable par les urines, les crises se sont renouvelées plusieurs fois dans la suite et ont nécessité plusieurs cures aux eaux d'Evian.

En 1896, M. Tuffier extrait deux pierres vésicales.

C'est au mois de novembre 1895 que la malade remarque pour la première fois des peaux, des fausses membranes et des glaires dans ses selles. Jusqu'à cette époque, ses garde-robes étaient assez régulières, mais ses matières étaient toujours dures, fragmentées, et le moindre écart de régime donnait toujours lieu à une constipation de plusieurs jours de durée.

Ces mucosités étaient apparues sous forme de débâcle à la suite

d'une crise de fortes douleurs généralisées à tout l'abdomen, précédée d'une constipation opiniâtre.

Depuis cette époque, plusieurs crises absolument semblables se sont produites.

Fin 1899, une douleur continue se localise dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus du pli de l'aîne, irradiant dans la cuisse correspondante, et rendant la marche difficile. Dans la région, la malade perçoit une « grosseur » qu'elle peut assez bien délimiter, de siège et de volume variables suivant les jours.

Pratiqué par M. Tuffier, l'examen de la région fait penser à une urétrite, et une intervention est décidée.

La tumeur était due à une dilatation cœcale par des matières fécales. L'uretère était sain. M. Tuffier pratiqua la néphropexie. Les suites de l'opération furent normales.

Groupe XV. — SABLE INTESTINAL ET ENTÉRO-COLITE

MUCO-MEMBRANEUSE.

OBS. XLV (personnelle, recueillie dans le service du Dr COMBY). —

Constipation opiniâtre datant de l'enfance. Dilatation énorme du côlon, crises diarrhéiques avec phénomènes graves à la suite des purgations. Débâcles alternatives de sables et de fausses membranes.

Elisa P..., âgée de 10 ans. Entrée, salle de Chaumont, le 9 janvier 1900.

Antécédents héréditaires : Père bien portant ; mère rhumatisante, habituellement constipée (2 ou 3 jours sans aller à la selle), crises de diarrhée. n'a jamais remarqué de glaires ni de peaux dans ses matières, à l'examen desquelles elle n'a jamais attaché d'importance.

Antécédents personnels : Née à terme, accouchement normal. A été nourrie au sein jusqu'à un an. A toujours eu des selles rares ; à l'âge de 4 mois, après une constipation qui dure plusieurs jours, diarrhée provoquée par un lavement.

A partir de l'âge d'un an elle restait plusieurs jours (8 à 10) sans aller à la selle ; puis survenaient des débâcles diarrhéiques s'accompagnant de vomissements.

A l'âge de deux ans et demi, les matières très dures étaient comme passées à la filière, grosses, dit la mère, « comme un porte-plume ». On l'opère alors pour un rétrécissement du rectum, nous n'avons pas pu avoir d'autres renseignements sur l'opération. Depuis les matières toujours dures, ont un volume normal.

Pendant les cinq années qui ont suivi cette opération, la constipation avait beaucoup diminué. La fillette allait à la selle naturellement, mais seulement tous les 2 ou 3 jours.

Depuis 3 ans, la constipation est redevenue opiniâtre. Elle reste habituellement cinq ou six jours, quelquefois plus, sans aller à la garde-robe. Elle serait même restée 35 jours sans évacuation alvine (?). Les purgatifs donnés aux doses ordinaires, pas plus que les lavements, ne déterminent de selles.

Pendant ces périodes de constipation l'appétit est conservé, la langue est normale, le ventre n'est pas douloureux, le sommeil est bon et régulier. L'état général est bon en apparence, cependant l'enfant est petite pour son âge.

Lorsque la constipation avait par trop duré, la mère lui faisait prendre une forte dose d'huile de ricin, qu'il fallait quelquefois renouveler le lendemain. Au bout d'un temps toujours très long, quelquefois 48 heures, la purgation amenait enfin une débâcle diarrhéique, précédée de l'expulsion de matières très dures, le plus souvent sous forme de masses, quelquefois fragmentées.

Pendant le temps qui précédait, et durant cette évacuation, on notait des phénomènes graves : facies grippé, avec sillon naso-labio-génien plus marqué qu'à l'état ordinaire, fortes douleurs abdominales, vomissements verdâtres, presque porracés, dépression, torpeur, accablement, pas de fièvre.

Après l'expulsion de masses stercorales, la diarrhée s'établissait et durait plusieurs jours. La malade ne pouvait alors retenir ses matières.

Dans les selles la mère n'aurait remarqué que très peu de glaires, mais des petits grains noirâtres ressemblant, dit-elle, à du sable.

Avant son entrée à la salle de Chaumont, la malade avait été examinée à la consultation de chirurgie, où l'on aurait trouvé le rectum distendu par des matières fécales au point de remplir tout le petit bassin.

Notre collègue, M. Guinard, avait dû pratiquer une évacuation artificielle, sous le chloroforme.

La fillette fut soumise aux grands lavages intestinaux, quotidiens, pendant qu'elle prenait à l'intérieur tous les jours de la magnésie associée à de la voix vomique.

Ce traitement a paru l'améliorer. Les selles d'abord très peu copieuses, obtenues seulement à la suite de l'entéroclyse, pouvaient être obtenues naturellement à la fin de son séjour à l'hôpital.

Dans les eaux rendues après le lavage nous avons pu nous assurer de la présence constante du sable, sans mucus.

Pendant son séjour à l'hôpital la malade présenta deux crises diarrhéiques semblables à celles décrites par la mère. Dans la première crise, nous n'avons constaté que du sable. Nous n'avons pas pu examiner les matières rendues au cours de la seconde crise, mais la surveillante du service, au courant de ces examens, avait constaté des fausses membranes en grande quantité.

OBS. XLVI (Résumée) par le Dr TROUCHAUD, médecin de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille. — *Entéro-colite muco-membraneuse avec sable.*

Mme T..., 55 ans, habitant Cantelen, a toujours joui d'une excellente santé, n'a jamais eu d'enfants.

Soignée au printemps dernier, mai 1897, par le Dr Migon pour de l'entérite muco-membraneuse, caractérisée par des selles glaireuses et l'émission de membranes qui lui ont fait croire à l'existence d'un ténia. Rien d'extraordinaire pendant cette maladie ; on n'a pas remarqué d'émission sableuse. La malade s'est rétablie assez rapidement.

En juillet, elle est prise de gonflement des pieds et des mains ; une éruption eczémateuse apparaît sur les mains en même temps que des troubles gastriques. La malade souffre du ventre ; le maximum de la douleur siège au niveau du creux épigastrique et se propage dans les flancs, suivant en cela le trajet du gros intestin. Quelques jours de douleurs assez fortes, et la malade a une débâcle de selles muco-membraneuses. Elle fait remarquer à son médecin que, après avoir été à la selle, elle a une sensation de gravier à l'anus. Le médecin conseille

de passer les selles au tamis, et dès le premier jour, elle lui offre l'échantillon de sable qui fait l'objet de cette analyse et de cet examen microscopique.

Analyse faite par M. Bourriez (licencié ès-sciences, chimiste expert).

Poids total de l'échantillon. 2 gr. 95

Composition centésimale :

Eau 7, 1

Matières organiques 89

— minérales (cendres). 3, 9

Les matières organiques appartiennent en majeure partie au groupe des hydrates de carbone. Les traces d'azote, de matières grasses, etc., qu'elles renferment peuvent être attribuées aux restes de matières fécales que le sable a entraînées avec lui.

Les matières minérales consistent en phosphate de chaux (elles contiennent 1 gr. 8 d'acide phosphorique accompagné d'un peu de carbonate avec traces de chlorures).

L'examen microscopique très instructif montre que le sable intestinal en question est formé par des amas réguliers de sclérites végétaux, analogues à ceux qui sont décrits sous le nom de cellules pierreuses, des poires ; quelques grains noirs de charbon les accompagnent.

La malade a émis chaque jour, pendant deux mois environ, une quantité de sable que l'on peut évaluer approximativement égale à celle contenue dans une cuillère à soupe.

Au bout de deux mois, on la soumet au régime carné absolu, l'émission du sable s'arrête pendant 10 jours environ (durée du régime) pour reparaitre dès qu'elle est soumise au régime commun. Elle a présenté pendant ce temps quelques poussées d'eczéma aux mains, coïncidant avec des troubles gastriques.

La composition du sable n'a pas varié sensiblement ; l'aspect microscopique est toujours le même ; sur 50 préparations faites environ, on a constaté que le sable était uniquement composé de cellules et de fibres végétales encroûtées de phosphates. Jamais les cellules animales ou les fibres n'ont été le point d'appel de ces phosphates.

Et la malade continue à donner du sable chaque jour sans interruption. Cela passe à la chronicité et la malade est enchantée, car dès que

l'émission de sable s'interrompt, elle présente une crise gastrique très douloureuse qui ne cesse que lors de la réapparition du sable dans les selles.

(L'analyse des urines ne nous a rien révélé d'anormal concernant les phosphates à l'acide phosphorique. Bouriez).

Groupe XVI. — APPENDICITE ET ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE.

OBS. XLVII (inédite, personnelle, recueillie dans le service du Dr COMBY, à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Entéro-colite muco-membraneuse ; plusieurs crises d'entéralgie localisée, appendicite*, 9 janvier 1900.

Louise Du...., 14 ans, entrée salle de Chaumont.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Elle est née à terme, a été nourrie au sein jusqu'à 16 mois ; a marché très tard, rougeole à 6 ans.

Elle va à la selle régulièrement tous les jours, mais ses matières sont dures.

Au mois d'août 1899, en pleine santé, elle a été prise d'une douleur vive, dans la fosse *iliaque gauche*, douleur qui irradiait le long du côlon descendant. Elle a été purgée et a rendu beaucoup de matières. Nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur la nature de ses garde-robes. Cette crise a duré 2 ou 3 jours.

Depuis, l'appétit est bon ; les selles rares et peu abondantes. Elle a fréquemment des douleurs sus-ombilicales, siégeant au niveau du côlon transverse, se terminant souvent par le besoin de défécation.

Depuis la crise à type de *sygmoïdite* que nous avons rappelée, la malade accuse 5 crises siégeant, cette fois dans le côlon ascendant, au niveau de la fosse *iliaque gauche*.

Le samedi, 5 janvier 1900, elle a été prise d'une douleur vive, nettement localisée au-dessous du point de Mac Burney. L'anorexie est complète, vomissements, nausées ; elle est obligée de garder le lit.

Le dimanche, elle est allée à la selle et a rendu des matières dures.

Le lundi soir, on lui donne un lavement purgatif, qui amène deux selles liquides abondantes.

Le mardi matin, elle est purgée avec 15 grammes d'huile de ricin, a 4 selles et remarque, dans ses selles, des matières glaireuses, blanchâtres. Elle entre alors à l'hôpital.

La douleur a diminué d'intensité ; elle est réveillée par la palpation de la fosse iliaque droite. Le ventre à ce niveau est dépressible ; pas d'hyperesthésie cutanée : légère défense musculaire. La douleur est limitée, localisée dans une région large comme une pièce de 5 francs, située au-dessous du point de Mac Burney, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope.

A ce niveau, il y a un empâtement profond et de la submatité.

Pas de signes de néphroptose.

La langue est blanche, saburrale, le facies bon, pas grippé.

La température vacille entre 37° et 38° ; 84 pulsations.

Le lendemain, la douleur spontanée a complètement disparu, la région douloureuse à la pression semble un peu plus étendue. Une selle liquide avec mucosités. La température est de 38°5 le soir.

Le jeudi 12 mars, la température est de 38°, le facies légèrement grippé ; le pouls rapide et petit ; la langue a une tendance à devenir sèche. La douleur à la pression persiste, l'empâtement est plus diffus, la submatité est nette dans la fosse iliaque droite.

L'opération d'urgence, jugée nécessaire, est pratiquée par M. Faure. On trouve une péritonite suppurée et localisée. On lave la poche et on draine sans aller à la recherche de l'appendice.

Les suites de l'opération furent normales.

OBS. XLVIII (inédite, due à l'obligeance du Dr MOUCHET). — *Appendicite à répétition. — Entéro-colite muco-membraneuse.*

Raymond F..., 12 ans, jouit d'une excellente santé habituelle. Dans les premières années de sa vie, il a eu la rougeole, la coqueluche et la varicelle.

Le 10 mai 1899, scarlatine précédée de douleurs dans l'abdomen. La maladie a suivi un cours normal. L'enfant était très constipé et n'allait à la selle qu'avec des lavements.

Il se lève le 20^e jour ; le 22^e, il est pris de vomissements alimentaires et bilieux, qui durent 10 heures environ, et de douleurs très vives dans le côté droit de l'abdomen.

On constate la présence de « peaux » dans le lavement rendu ce jour-là.

Raymond F... reste au lit pendant 6 jours ; il est soumis au régime lacté.

Au bout de quelques jours la douleur cesse et l'enfant peut se lever.

Il s'agissait là évidemment d'une première crise assez légère d'appendicite.

Deuxième crise le 11 janvier 1900. Depuis mai 1899, du reste, l'enfant s'était plaint constamment de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Il croyait toujours s'être cogné le ventre contre un meuble.

Le 11 janvier 1900, à 7 heures du matin, il se lève pour aller au collège ; il est obligé de se recoucher : les douleurs abdominales étaient si vives qu'il se tenait courbé en deux et ne pouvait marcher.

De 8 heures du matin à 4 heures du soir, vomissements très fréquents qui se continuent dans la nuit et jusqu'à 2 heures le lendemain.

Les premiers lavements ramènent des peaux. T. 39° ; pouls fréquent.

Diète, glace sur le ventre.

Amélioration le 14 janvier.

Depuis cette époque, constipation continuelle ; l'enfant ne peut aller à la selle qu'avec des lavements et il se plaint, *après chaque lavement*, de douleurs vives dans l'abdomen.

Le 1^{er} mars, le D^r Mouchet, qui voit l'enfant, constate, dans la fosse iliaque droite, un cæcum gargouillant, d'où part en bas, se dirigeant vers la ligne médiane, un cordon dur, un peu plus gros qu'une plume d'oie, douloureux au toucher, représentant manifestement l'appendice. L'opération est décidée et un régime alimentaire sévère est institué en attendant.

Le 29 mars, *opération* par le D^r A. Broca, avec l'aide du D^r Mouchet.

Incision de Roux. On trouve facilement l'appendice, qui est augmenté de volume, surtout à ses deux extrémités cæcale et libre, d'aspect

normal dans l'intervalle. L'extrémité libre est particulièrement tuméfiée et congestionnée ; elle est adhérente à l'épiploon.

Section après ligature de l'appendice au ras du cæcum. Sutures de Lembert en deux plans sur le moignon appendiculaire (soie fine).

Ligature du méso-appendice au catgut fin.

Suture de la paroi à plans séparés par des surjets de catgut. Sutures cutanées à la soie.

Suites opératoires excellentes.

Réunion per primam.

OBS. XLIX (LEVREY, in thèse cit.). — *Entéro-colite muco-membraneuse et appendicite.*

A..., 40 ans, entre le 19 juillet 1898, salle Gosselin, service de M. Walther.

Cette malade est entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales violentes, accusées surtout du côté droit et s'irradiant aux lombes et à la face interne des cuisses.

Elle se plaint de son estomac.

Elle est femme de chambre et n'a pas eu à faire de travail pénible.

Ses parents se sont toujours bien portés ; son père est encore vivant ; sa mère est morte de la grippe à 57 ans.

La jeunesse de cette femme a été malade.

A 10 ans, à la suite d'une croissance rapide, elle était faible, avait souvent des maux de tête.

De 18 à 30 ans, elle a eu quelques crises de nerfs (4 environ), à la suite de fatigue. Dans ces crises, elle ne perdait pas connaissance, ne se mordait pas la langue.

Tout se bornait à des secousses dans les membres supérieurs, à des claquements de dents, et à une céphalée intense.

L'éther la calmait toujours.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement ; elle n'a pas encore atteint la ménopause.

Elle n'a jamais fait de fausse couche.

Elle a eu un enfant mort de bronchite à 10 mois.

Depuis l'âge de 16 ans, elle a souffert de son estomac ; elle ressent ces douleurs (sensations de brûlures) surtout après l'ingestion d'aliments. Elle ne vomissait pas.

Il y a 13 ans, elle a eu une crise sans doute d'appendicite.

Elle était alors à la campagne, en Bourgogne.

La veille, elle s'était promenée au soleil ; elle avait eu très chaud.

Elle se promenait le lendemain matin (7 heures), dans une vallée, le long d'un étang, à l'air frais, quand subitement elle fut prise d'un grand frisson, de grandes douleurs abdominales et de grandes envies de vomir. Elle ne perdit pas connaissance.

Ramenée chez elle, le médecin lui fit prendre un vomitif (de l'ipéca) et la mit à la diète lactée. Deux jours après le frisson disparaissait ainsi que les vomissements. Mais elle souffrait toujours dans le côté gauche de douleurs violentes (sensation d'accouchement) : on lui applique constamment sur le ventre des cataplasmes de farine de lin, arrosés de laudanum ; malgré cela elle souffrait horriblement pendant 6 semaines. Elle ne pouvait pas dormir.

Elle avait de la diarrhée et faisait des matières qu'elle compare à du riz.

Pendant les jours qui ont précédé cette crise, la malade n'avait remarqué rien d'anormal dans son état, si ce n'est une douleur dans le côté gauche « espèce de feu », dit-elle, qui la dévorait, et contre laquelle le médecin ordonna un vésicatoire.

La maladie dura 2 mois.

A la suite, la malade eut pendant 2 ans environ une constipation opiniâtre ; ce n'est que par l'usage des lavements qu'elle pouvait aller à la selle. Elle n'a pas remarqué de membranes dans ses matières. Cette constipation n'a pas été suivie de débâcle.

Il y a 8 ans, quelques mois après sa couche, elle a eu un prolapsus de l'utérus qui a cédé au port d'un pessaire ; à la même époque et pendant 6 semaines, elle a eu des pertes liquides, jaunes, à peine teintées, assez abondantes.

Elle se dit rhumatisante ; elle a eu des douleurs dans l'épaule droite, la nuque, les lombes ; les jointures des doigts gonflent et deviennent douloureuses lorsqu'elle a occasion de laver.

Il y a 12 ou 13 ans, elle avait déjà souffert de douleurs dans l'épaule droite et la main droite ; mais c'était léger.

Au mois d'octobre dernier, elle a eu pendant 8 jours une crise assez sérieuse, avec malaise général ; les douleurs de ses articulations ont cédé à des frictions alcooliques.

La crise actuelle l'a prise dans la nuit du 1^{er} juillet. Quelques jours elle se sentit la tête lourde ; elle avait des fourmillements dans la jambe droite et le côté droit ; elle se plaignait aussi de sensation de chaleur dans tout l'abdomen.

L'avant-veille, elle fit à pied une grande promenade (Bon Marché, Esplanade des Invalides, Avenue des Champs-Élysées), et rentra très fatiguée.

Dans la nuit du 30 juin au 1^{er} juillet, elle est prise de violentes douleurs dans tout l'abdomen, avec irradiation vers les lombes, les épaules ; elles disparaissent au bout de quelques heures ; le malaise général continue.

Le 8 juillet, nouvelle poussée ; les douleurs prennent tout l'abdomen, irradiant vers la cuisse droite, les épaules ; elle a des vomissements bilieux. Elle n'a ni constipation, ni diarrhée, mais dans ses matières fécales, plutôt solides, elle remarque de petites membranes, et une grande membrane longue d'au moins 50 centimètres qu'elle prend pour un ténia. Ces membranes étaient jaunâtres.

Depuis lors le malaise général, la céphalalgie, les fèces membraneuses persistent ; mais la douleur se localise dans la fosse iliaque droite.

Etat actuel. — Plus de selles membraneuses. Légère constipation.

Le ventre n'est pas ballonné ; la palpation révèle dans la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney, un point douloureux bien localisé.

Il n'y a pas de douleur à la palpation superficielle et profonde des parties voisines.

Au point fixé, on sent un empâtement profond, mais les muscles se défendent.

Au toucher vaginal, on sent un empâtement douloureux dans le cul-de-sac latéral droit.

Les réflexes rotuliens et pharyngiens sont normaux.

Le cœur, les poumons sont intacts.

Les urines sont normales.

Légère métrite du côté de l'appareil génital: Température 37°, 36°8.

La malade a de l'anorexie ; elle a la langue saburrale. On lui a mis de la glace sur le ventre ; depuis lors, les douleurs ont diminué.

Opération le 6 août 1898 (M. Walther). — Ethérisation, durée 1 h. 05. Incision sur le bord externe du grand droit ; peau $\frac{1}{4}$, cell. aponevrose 6, obl., petit oblique et transverse. Après incision du péritoine pariétal, l'épiploon se présente ; on constate qu'il est épaissi, dur et vascularisé ; attiré au dehors, on voit qu'il adhère au cæcum à une anse de l'intestin grêle ; M. Walther le résèque en faisant 3 pédicules. L'appendice est trouvé en arrière du cæcum ; il est gros, vascularisé et présente encore des fausses membranes, très peu adhérentes, rouges, se prolongeant sur le cæcum, 3 points en chaîne sont passés dans le méso-appendice, le dernier arrive sur la base de l'appendice. On constate très nettement que l'appendice est élargi à son point d'insertion sur le cæcum, avec lequel il se continue à plein canal ; la surface d'implantation est de plus de 1 centimètre après section du méso, incision circulaire sur l'appendice, faite à 1 cent. $\frac{1}{2}$ de sa base, n'intéressant que la séreuse et la partie supérieure de la musculuse : légère décortication de façon à retrousser une manchette sur laquelle on fait une ligature au catgut ; section à l'appendice ; ablation (après avoir eu soin de protéger le péritoine avec des compresses montées) à la curette de la muqueuse de l'appendice ; son calibre paraît gros comme une plume de corbeau ; suture en bourse du moignon. On place un drain en face de ce moignon ; réfection plan par plan au catgut, puis crins pour la peau.

Le soir, température 37° ; pouls un peu faible à 110. Sérum.

Obs. L (M. WALTHER, in *Congrès de chirurgie*). — *Entéro-colite muco-membraneuse et appendicite.*

Mathilde B..., 31 ans. Salle Desprès, lit n° 11.

Antécédents personnels. — Régée à 15 ans, bien réglée depuis, 3 accouchements normaux, enfants bien portants.

Depuis 4 ou 5 ans, sensation de pesanteur au niveau de la fosse

iliaque droite avec, de temps en temps, des évacuations, par le rectum, de matières entourées de glaires et de fausses membranes. Aucune autre affection antérieure à cette colite pseudo-membraneuse.

En mai 1897, crise violente de douleurs dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Formation d'un abcès péri-cæcal, avec empâtement et matité. Il est reconnu par le médecin qui la soigne. Elle entre à Bichat, chez M. Terrier, où elle ne veut rester que quelques heures. En revenant chez elle, l'abcès se fait jour dans l'intestin, disparition de la collection, perte de pus par le rectum durant quinze jours.

Trois mois après, nouvelle crise douloureuse avec formation d'un nouvel abcès moins volumineux que le premier, mais qui s'évacue comme celui-ci dans l'intestin. Depuis cette époque, endolorissement et pesanteur dans la fosse iliaque droite, empêchant tout travail. Selles quotidiennes à la faveur d'un lavement.

Diminution de l'appétit. Digestions difficiles. Pas de vomissements, ni fièvre.

Les autres appareils sont sains.

Elle entre dans la salle Desprès le 17 avril 1898.

Etat à ce moment. — Douleur dans la fosse iliaque droite. Digestions pénibles. Constipation. Pas de température.

Tumeur douloureuse à la pression dans la fosse iliaque droite.

Opération le 20 avril 1898 : éther : 600 grammes. Durée 1 h. 1/4. Laparotomie latérale.

L'épiploon est adhérent d'une part au péritoine pariétal et d'autre part à toute la hauteur du cæcum et au côlon ascendant. Les adhérences pariétales, liées en deux pédicules, sont sectionnées.

L'épiploon est épais, rouge, granuleux, très vascularisé : il y a évidemment une poussée d'épiploïte récente.

La recherche de l'appendice est gênée par les adhérences entre l'épiploon et l'intestin ; on se débarrasse de ces adhérences par 5 pédicules (3 en chaîne, 2 isolés). On trouve alors l'appendice appliqué derrière le cæcum et recouvert par de minces adhérences qui lui donnent l'air d'être sous-péritonéal. Libération et résection de l'appendice suivant le procédé habituel. Drain en face du moignon appendiculaire.

Suture en 3 plans. En faisant le 2^e plan, on pique un rameau de l'épigastrique et on fait la ligature de l'artère dans la plaie.

Suites opératoires : 600 grammes de sérum ; quelques vomissements, piqûre de morphine.

Le 21. — Sensation de tiraillement abdominal. T. 37°6 le matin, 38°5 (vaginale) le soir, sérum.

Le 22. — 37°5 le matin, 39° le soir.

Pansement : on remplace le drain. Ecoulement de sérosité. Sérum.

22 et 24. — Même état, même température.

Pansement chaque jour, sérum.

Le 29. — A partir du 25 avril, la température baisse en un jour et demi. Le 29, on enlève les fils. On laisse un drain dans le trajet ; ce drain est retiré progressivement de façon à laisser combler la fistule de la profondeur vers la superficie.

Sort le 4 juin 1898 : revue 2 fois depuis.

1^{re} fois ; bon appétit. Aucune douleur abdominale, la malade a engraisé.

2^e fois (dans la semaine du 16 au 23 octobre).

Excellent état général et local.

OBS. LI par le D^r BEURNIER (in thèse VOUZELLE). — *Entéro-colite muco-membraneuse et appendicite.*

Je fus appelé, vers la fin du printemps de 1898, auprès d'un de mes confrères, le docteur X..., qui venait d'être pris d'une attaque d'appendicite. Cette attaque était très légère. La douleur existait très nettement au point de Mac Burney, mais relativement peu vive ; il n'y avait aucune trace de retentissement péritonéal, pas le moindre ballonnement du ventre, pas de température et pas d'augmentation de fréquence du pouls. De plus, le facies était normal, et le malade n'avait aucune envie de vomir. Une chose était à noter, c'est que tout le gros intestin était fortement dilaté et présentait une certaine sensibilité sur tout son parcours. La palpation ne révélait rien de particulier au siège de l'appendice, mais faisait constater sur tout le trajet du gros intestin moins de souplesse que chez un sujet à gros intestin normal ; il semblait que cet organe était comme un peu induré, comme entouré d'une sorte de gangue épaississant ses parois.

Je connaissais le Dr X... depuis longtemps et je l'avais toujours, depuis près de 29 ans, entendu se plaindre de troubles stomaco-intestinaux. De plus, depuis trois ans au moins, il présentait très nettement tous les signes de la colite muco-membraneuse, selles glaireuses, diarrhée fréquente, surtout après les changements d'habitudes, dîners en ville notamment, mais jamais de constipation jusqu'à il y a deux ou trois mois. Dans ces derniers temps, les selles glaireuses et muco-membraneuses, qui auparavant n'apparaissaient qu'à intervalles de quelques jours, sont constantes. Depuis une dizaine d'années, neurasthénie très accentuée.

Devant la bénignité des symptômes appendiculaires, je conseillai, bien entendu, l'expectation au point de vue opératoire, et je prescrivis la diète, l'opium à l'intérieur, sous la forme d'extrait thébaïque, et des applications locales de glace.

Les 4 jours suivants, la douleur locale persiste, toujours sans aucune réaction générale et sans extension péritonéale. Notre confrère souffre peu spontanément dans la région appendiculaire, et le point de Mac-Burney n'est révélé que par pression ; mais il se plaint d'une souffrance assez vive et continue dans la partie postéro-externe de la région de la hanche et au pli de l'aîne. La palpation et la percussion ne donnent rien de nouveau pendant ce temps ; mais le 5^e jour, on perçoit nettement dans la région appendiculaire un empâtement circonscrit, du volume d'une grosse noix environ, et qui diminue ensuite de jour en jour. Au bout de 3 semaines tout avait disparu et il ne restait plus qu'une très légère sensibilité au point de Mac-Burney à une pression profonde.

Mais, au moment où tout phénomène appendiculaire avait disparu et où l'on pouvait considérer le malade comme convalescent de son appendicite, il commença à souffrir assez violemment sur tout le parcours de son gros intestin, surtout au niveau du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse. Les digestions étaient très pénibles, quoique non accompagnées de vomissements, et la fermentation intense. Les gaz se développant et circulant dans le gros intestin étaient la cause de douleurs vives, dont notre confrère indiquait très nettement le point de départ au cæcum et le trajet sui-

vant celui du gros intestin. Les selles étaient fort difficiles, amenées seulement par des lavements et étaient constamment accompagnées de glaires et suivies d'une émission de liquide jaunâtre et mousseux. Les choses restaient en l'état, quelles que fussent les précautions prises pour l'alimentation (aliments non fermentescibles, viandes blanches pilées et passées, purées, etc.). Notre confrère souffrait surtout lorsqu'il était debout, et il lui arrivait souvent d'être obligé de se recoucher. Quand il voulait essayer de sortir, il se voyait forcé de renoncer à la marche au bout de quelques pas et de rentrer ; à peine pouvait-il, le plus souvent, aller de sa chambre à coucher à son cabinet de consultation.

La situation se modifie peu pendant deux mois, avec quelques périodes de légère amélioration et d'autres périodes de souffrances plus violentes, pendant lesquelles le malade était obligé de garder presque entièrement le lit. Rien ne s'était manifesté de nouveau du côté de l'appendice jusqu'au commencement de juillet, où les phénomènes légers et bâtarde qui avaient primitivement fixé notre attention reparurent ; légère douleur, léger empatement au point de Mac-Burney sans aucune réaction péritonéale ni générale. Repos au lit, glace, extrait thébaïque. Au bout d'une quinzaine, tout avait disparu de ce côté ; mais les symptômes intestinaux continuèrent, et le malade restait incapable de sortir et même certains jours de se lever.

Le docteur Faisans et le docteur Guinon le voient avec nous et conclurent tous deux à l'ablation de l'appendice, devant laquelle le malade recula.

Tout resta en l'état jusqu'à la fin d'octobre, où de nouveaux phénomènes légers d'appendicite se déclarèrent, enrayés rapidement comme les deux premières fois. Il sembla peut-être ensuite y avoir un peu d'amélioration du côté des selles muco-purulentes ; mais dans les mouvements et les essais de marche, le malade ressentait une douleur continue avec exacerbations, limitée exactement le long du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse toujours très dilatés, semblant indurés et non souples au palper. Mon diagnostic formel était que l'appendice, enflammé à la suite et par propagation de colite muco-membraneuse, mais redevenu froid, n'était que pour très peu de

chose dans les troubles actuels et que la principale cause en était l'existence d'adhérences épiploïques avec le gros intestin malade depuis longtemps. Je conseillai alors l'intervention, surtout pour libérer l'intestin de ces adhérences ; bien entendu, on enlèverait, chemin faisant, l'appendice, dont les lésions pourraient s'aggraver par la suite.

J'eus à ce propos une consultation avec le docteur Walther et le docteur Guinon, qui conseillèrent tous deux l'intervention comme étant le seul traitement qui pût permettre au malade de reprendre ses occupations.

Notre confrère finit, devant l'évidence, par se ranger à notre avis, et l'opération fut pratiquée au commencement de mars 1899 à la maison Dubois par le docteur Walther, qui me prie de l'assister. L'ablation de l'appendice, en situation postérieure, fut facile ; l'organe paraissait normal ; il ne contenait aucun corps étranger ni aucune concrétion stercorale, et les seules altérations, qui y furent découvertes par le docteur Letulle furent des épanchements sanguins intrapariétaux. L'épiploon était non pas seulement adhérent au côlon ascendant, mais complètement fusionné avec sa face interne, et de très nombreuses ligatures furent nécessaires pour l'en séparer et en réséquer une masse du volume du poing environ. Le côlon ascendant était enveloppé d'une véritable gangue. Les suites de l'opération furent normales et la guérison rapide sans incident.

Actuellement, au commencement de mai, notre confrère va bien ; il a pu, sans douleur, sortir et aller en voiture et en chemin de fer ; mais la colite muco-membraneuse persiste, et il y aura lieu d'instituer encore contre elle un traitement sérieux et prolongé.

OBS. LII (MM. DALCHÉ, médecin des hôpitaux de Paris et CHEVALLIER).

— *Entéroptose, rein flottant, symptôme de neurasthénie. — Crises de colite muco-membraneuse et sableuse ayant simulé l'appendicite. — Appendicite.*

C... Annette, âgée de 42 ans, a eu une puberté assez précoce.

Sur trois accouchements, l'un a présenté de l'hydramnios sans doute.

En 1887, elle a été soignée par M. Potain pour un goître exophtal-

mique : on aurait fait alors des injections dans la tumeur thyroïde. Malgré cela il survint de tels symptômes de compression laryngo-œsophagienne qu'elle fut opérée, en 1889, par Tillaux qui lui enleva le lobe gauche du corps thyroïde. A la suite de cette opération, disparition complète des accidents pendant 4 ans environ, puis la malade est reprise progressivement de douleurs abdominales et de palpitations. C'est alors qu'elle vint consulter M. Dalché qui constata une entéroptose avec un rein flottant droit, des souffles variables à tous les orifices du cœur, du bondissement des artères du cou, une asthénie avec dérobement des jambes, céphalalgie en casque et vertiges.

L'utérus est en antéflexion ; il survient des ménorrhagies à époques variables.

Du côté du tube digestif : constipation opiniâtre, estomac dilaté. Clapotage.

Chimisme stomacal variable. En décembre 1895, hyperchlorhydrie avec acidité de fermentation et acidité totale de 2 gr. 4.

En mars 1896, diminution de HCl libre, toujours avec acidité de fermentation : acidité totale de 1 gr. 60.

En août 1896, le lobe recommence à grossir. M. Dalché hésite entre maladie basedowienne et maladie de Basedow, et, en mars 1897, M. Tillaux lui fait subir une nouvelle opération et enlève cette fois le lobe droit du corps thyroïde. La malade sort guérie le 1^{er} mai 1895,

Le 29 juillet 1897, subitement la malade est prise d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite, bientôt suivie d'une diarrhée dysentérique avec sang et glaires. Dans la nuit, la douleur se généralise à la région du côlon transverse et du côlon descendant ; on ordonne opium et glace.

Le 1^{er} août. — M. Dalché revoit la malade pour la première fois : la douleur a beaucoup diminué, la diarrhée persiste et, dans la fosse iliaque, on perçoit un empatement qui doit être le cæcum.

Le 2. — Le mieux persiste, la diarrhée aussi : les règles sont venues.

Le 5. — A midi, nouvelle crise effrayante de douleurs, sueurs froides, envies de dormir, nez pincé ; les douleurs, généralisées à tout l'abdomen, ont leur maximum à droite.

Le docteur Ricard, appelé en consultation, constate qu'il n'y a pas appendicite et refuse d'opérer.

Du 4 au 8. — Les phénomènes s'atténuent ; la diarrhée et les glaires persistent ainsi que l'empâtement dans la fosse iliaque droite : toujours pas de fièvre.

Le 12. — M. Dalché est prévenu que tous les matins la malade rend du sable au milieu de ses glaires ; cette selle est toujours extrêmement douloureuse et cette douleur s'étend sur tout le trajet du gros intestin.

Le 14. — Au soir, nouvelle crise simulant une péritonite par perforation.

Le 16. — La crise se calme.

Le 17. — Constipation depuis 2 jours.

Le 19. — Crise douloureuse, glaires abondantes, et au milieu on trouve non seulement des graviers, mais de petits calculs gros comme un noyau de prune, englobés dans un bouchon fécal.

Du 24 août au 8 septembre, glaires et douleurs. Moins de graviers.

Du 8 septembre au milieu d'octobre amélioration progressive.

La malade, éprouvant toujours des douleurs dans la fosse iliaque droite, et ne pouvant ni travailler ni marcher, demande en décembre dernier, une intervention à M. Tillaux.

A ce moment, on ne sentait aucune tuméfaction.

L'opération fut décidée, mais dut être un peu retardée par suite de l'apparition d'une nouvelle crise de douleurs avec fièvre cette fois et ballonnement du ventre.

Le 5 janvier, la malade entrait à l'hôpital et, le 13, M. Tillaux pratiquait la résection à froid de l'appendice, avec l'aide de son interne, M. Pasteau, à qui nous devons l'épisode chirurgical de cette observation.

L'appendice était oblitéré par suite de la folliculite, sans qu'on ait trouvé de calculs.

Les suites de l'intervention furent trouvées normales, la température ne dépassant pas 37°5 pendant les deux jours qui suivirent l'opération et la malade ne souffrait plus.

L'analyse des plus gros calculs a été faite par M. Robin, interne en

pharmacie, qui a eu l'obligeance de nous communiquer les résultats suivants.

Les calculs se présentent sous l'aspect de masses brunes, noirâtres, de matières fécales dans lesquelles on apercevait des amas de substance rougeâtre paraissant une substance inorganique.

Ces amas avaient une consistance terreuse et étaient extrêmement friables ; après en avoir isolé, on remarque de nombreuses vacuoles remplies d'air (aspect de la pierre meulière) et les fragments sont si légers qu'ils flottent sur l'eau, l'alcool, le chloroforme.

L'analyse a montré la présence d'oxalate de chaux, de phosphates tribasiques de chaux et de magnésie, probablement aussi de phosphates ammoniaco-magnésiens, le tout imprégné de matières organiques provenant du contenu intestinal.

Obs. LIII (Inédite, recueillie dans le service du professeur TILLAUX, par notre collègue et ami M. PIQUANT, interne du service). — *Entérocélite muco-membraneuse, plusieurs crises d'entéralgie paroxystiques. Appendicite. Opération.*

M..., âgé de 36 ans, entré à la Charité, salle Trélat.

Le malade a joui d'une santé parfaite jusqu'au mois de janvier 1899 ; à ce moment, pour la première fois, il est pris de violentes coliques avec douleurs vives, mal localisées, irradiées dans tout l'abdomen, accompagnées de vomissements. Les douleurs persistent pendant 2 ou 3 jours puis disparaissent complètement.

Depuis cette époque, le malade est sujet à des crises douloureuses revenant à intervalles variables, en moyenne tous les trente ou quarante jours. Habituellement la crise est précédée pendant un jour ou deux de constipation, avec malaise général, inappétence et digestions difficiles, puis apparaissent les douleurs, la diarrhée et les vomissements.

Les douleurs sont en général très vives, siégeant dans tout l'abdomen, mais présentant leur maximum sur le trajet du côlon transverse à la région péri-ombilicale et dans la fosse iliaque gauche.

Le moment d'apparition de la douleur est très variable, parfois au milieu de la nuit, le plus souvent trois ou quatre heures après le ré-

pas. Les douleurs persistent deux ou trois jours, puis disparaissent.

Les vomissements sont d'abord alimentaires puis muqueux et enfin biliaires.

La fin de la crise est marquée par l'expulsion de matières, d'abord solides, puis jaunâtres, presque liquides, accompagnées de mucosités.

Le 26 février 1900, le malade est pris d'une crise beaucoup plus violente, qui l'oblige à s'aliter. Il y a de la douleur vive, des vomissements, de la constipation opiniâtre. La température atteint 39°.

Le lendemain, la douleur, jusque là diffuse, se localise nettement dans la fosse iliaque droite, où elle s'exaspère par la pression au niveau du point de Mac-Burney.

Le malade reste couché une dizaine de jours avec fièvre et douleur bien localisée, puis le 7 mars il entre à la Charité dans le service de M. Tillaux.

A la palpation, on trouve de la contracture de la paroi surtout marquée dans la fosse iliaque droite ; à ce niveau la palpation est douloureuse et arrache des cris au malade.

En palpant profondément, on sent une sorte de cordon arrondi, presque parallèle à l'arcade crurale.

Le 14 mars 1900, M. Tillaux opère le malade.

On trouve un appendice très volumineux de 9 à 10 centimètres de longueur et de la grosseur du petit doigt. Adhérent, par sa partie inférieure, aux anses intestinales et à l'épiploon.

L'appendice présente une forme irrégulière avec deux rétrécissements et trois dilatations. L'ouverture montre que la lumière appendiculaire est complètement fermée, au niveau des deux rétrécissements, transformant ainsi les dilatations en une véritable cavité close.

L'examen histologique n'a pas encore été pratiqué.

OBS. LIV (BRUN, in thèse VOUZELLE). — *Colite muco-membraneuse.*

— *Appendicite légère chronique.*

Enfant de 15 ans, père colitique, lui-même, depuis plusieurs années rend dans les selles des muco-membranes.

Appendicite légère chronique. L'appendice est enlevé. On lui trouve des lésions de folliculite.

OBS. LV (MAUCLAIRE, in thèse VOUZELLE). — *Colite muco-membraneuse, plusieurs crises paroxystiques, neurasthénie, appendicite.*

Malade âgée de 34 ans. Il y a 5 ans, crise de vomissements avec douleurs dans la fosse iliaque droite. Douleurs, il y a 3 ans, dans les fosses iliaques droite et gauche et dans la région épigastrique. L'entérite muco-membraneuse a été diagnostiquée il y a un an seulement. Constipation très fréquente, mauvaise digestion, amaigrissement très marqué, insomnie, légère neurasthénie. Examinée le 6 janvier, on trouve une douleur très nettement localisée au niveau du point de Mac-Burney. Le toucher vaginal ne fournit aucune indication particulière. Opération le 1^{er} février. L'appendice est trouvé un peu gros, mais sans lésion apparente ; pas d'adhérence au pourtour. Guérison opératoire.

Nouvel examen, il y a six semaines. Douleurs encore légères à gauche. Douches froides, lavements chauds faits avec une longue canule rectale. Régime carné et lacté. Nouvel examen le 9 mars, disparition des douleurs, plus de point douloureux à la pression, plus de neurasthénie, mais quelques peaux encore dans les matières fécales.

L'examen histologique de l'appendice n'est pas encore terminé.

Groupe XVII. — CYSTITES ET ENTÉRO-COLITES MUCO-MEMBRANEUSES.

OBS. LVI (HUTINEL, *Presse médicale*, 1896). — *Entéro-colite muco-membraneuse. — Cystite coli-bacillaire.*

Fille de vingt-deux mois, amenée à l'hôpital le 11 juillet 1893. Au dire de la mère, cette enfant, depuis deux mois, a dépéri et rend souvent des matières glaireuses par l'anus. Elle présente un écoulement vulvaire abondant et l'examen démontre qu'elle est atteinte d'une rectite pseudo-membraneuse, d'une vulvo-vaginite avec sécrétion grisâtre, glaireuse, presque pseudo-membraneuse. L'enfant paraît souffrir beaucoup, elle porte constamment la main à la vulve, les mixtions sont très fréquentes, très douloureuses et les urines muco-purulentes.

L'examen du liquide accumulé dans le vagin, derrière l'hymen, montre l'existence de coli-bacilles innombrables à l'état de culture pure.

Groupe XVIII. — NÉVROPATHIES ET ENTÉRO-COLITE

MUCO-MEMBRANEUSE.

OBS. LVII (CAUTRU, *Médecine moderne*, 12 janvier 1895). — *Colite muco-membraneuse et épilepsie.*

Les fillettes P., âgées l'une de 12, l'autre de 14 ans, cette dernière, assez régulièrement réglée, furent prises presque en même temps, en bonne santé, d'accidents nerveux qui se manifestaient surtout la nuit. Ces accidents étaient annoncés par des cris suivis immédiatement d'attaques convulsives ayant tous les caractères de l'épilepsie (écume à la bouche, morsure de la langue, émission involontaire d'urine). En examinant les enfants, on ne trouva aucun caractère d'hystérie : ni hémianesthésie, ni sensibilité ovarienne, ni points hystérogènes. On ne trouva non plus aucun antécédent nerveux dans la famille, mais en interrogeant la mère sur la nature des garde-robes, on apprit qu'elles contenaient des fausses membranes en quantité plus ou moins grandes suivant les jours. Les malades furent mises au traitement de l'entérite muco-membraneuse et prirent de l'eau de Châtel-Guyon et de Hombourg alternativement. Les accidents nerveux ne tardèrent pas à diminuer, puis à disparaître en même temps que s'améliorait l'état de l'intestin. Une cure sur place amena la guérison complète qui ne s'est jamais démentie depuis. Les malades ont aujourd'hui 22 et 24 ans, sont mariées et mères d'enfants absolument sains.

OBS. LVIII (CAUTRU, *Méd. mod.*, 12 janvier 1895, résumée). — *Colite compliquée de chorée.*

Georg. H..., 11 ans.

Rien à noter comme antécédents héréditaires. A 3 ans, la malade eut une fièvre typhoïde grave. Depuis, elle a eu la coqueluche, compliquée d'otite purulente, aujourd'hui guérie.

Au mois de novembre 1893, elle fut prise, après quelques jours de constipation, d'une série de débâcles avec crises douloureuses dans le ventre, fausses membranes dans les selles et glaires sanguinolentes. Cette première attaque de colite cessa assez rapidement pour reparaitre

en janvier 1894. Depuis cette époque, elle eut des alternatives de constipation et de débâcle avec tous les symptômes locaux de la colite muco-membraneuse.

Le 12 mars 1894, elle fut prise subitement de phénomènes nerveux. Les parents s'aperçurent qu'elle faisait des grimaces, que ses yeux roulaient dans l'orbite d'une façon grotesque. Pendant les repas, elle buvait de travers et portait son verre à la bouche par mouvements saccadés ou bien ses jambes s'entrechoquaient, remuant à chaque instant la table. Elle faisait entendre de temps en temps une sorte de chantonnement continu insupportable, que rien ne pouvait empêcher, ni les remontrances ni les menaces. Enfin elle était en proie à un nervosisme extrême, se mettant à pleurer au moindre reproche. En même temps elle devint, de gaie, intelligente et bonne élève qu'elle était, triste, nonchalante, paresseuse et incapable d'aucune application au travail. C'est alors qu'on fit le diagnostic de chorée et qu'on mit la malade au bromure, laissant de côté l'entérite.

En l'examinant, nous constatâmes que le ventre était ballonné, dur, sonore à la pression, peu douloureux toutefois. La mère nous dit qu'actuellement encore sa fillette avait des alternatives de diarrhée et de constipation avec poussées de membranes dans les selles au moment des crises. Celles-ci étaient toujours précédées d'une desquamation de la langue qui devenait alors toute rouge et douloureuse, d'un léger mouvement fébrile, puis les peaux apparaissaient dans les garde-robes.

Depuis longtemps, l'appétit était mauvais, capricieux, et la digestion plus ou moins pénible.

Les phénomènes choréiques avaient diminué, mais l'enfant était encore sujette à quelques mouvements brusques, à des clignements d'yeux et surtout à une sorte de torpeur intellectuelle qui lui donnait l'air hébété et indifférent.

L'enfant était anémiée, pâle et maigrie de plusieurs livres.

Nous conseillâmes à la mère de cesser l'usage du bromure et de s'en tenir à un régime sévère composé de viande crue rapée, d'œufs, de poisson bouilli, de purées de lait coupé d'eau de Châtel-Guyon en mangeant et entre les repas, et nous y ajoutâmes une petite dose d'huile de ricin à prendre le matin, de façon à procurer chaque jour une selle régulière.

Une amélioration rapide se produisit et les phénomènes nerveux disparurent en peu de temps.

OBS. LIX (CAUTRE, *Médecine moderne*, 12 janvier 1895). — *Entéro-colite muco-membraneuse chronique compliquée de crises épileptiques.*

L'enfant O..., aujourd'hui âgée de 10 ans, est née de parents bien portants, sans tare nerveuse aucune ; le père a eu quelques poussées d'eczéma. Vers l'âge de 7 ans, le petit malade fut pris tout à coup d'accidents caractérisés par des maux de tête accompagnés de vomissements et quelquefois d'une débâcle intestinale survenant principalement le matin au réveil. Ces accidents persistèrent tels quels, pendant un certain temps, puis les débâcles s'accompagnèrent de véritables attaques épileptiformes. Charcot, Ollivier, Legroux, successivement consultés, portèrent le diagnostic d'épilepsie et mirent l'enfant à un rigoureux traitement anti-nerveux (bromures, valériane, douches, etc.) sans obtenir de résultat. M. Lécorché, entendant incidemment parler de cet enfant par une personne de la famille, qui se lamentait sur l'état de ce petit épileptique incurable, eut l'attention éveillée par les débâcles du matin et conseilla de surveiller les selles. On constata qu'elles contenaient des glaires et des membranes. L'enfant fut mis à l'eau de Chatel-Guyon, fit une cure sur place, et guérit rapidement de tous ces symptômes nerveux et intestinaux, qui n'ont jamais reparu depuis deux ans.

Groupe XIX. — DERMATOSES ET ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE.

OBS. LX (Résumée. GUINON, *Formes de la colite des enfants. Revue mensuelle des maladies de l'enfance*). — *Colite chronique muco-membraneuse avec constipation.* — *Dilatation gastrique.* — *Sténose spasmodique de l'S iliaque.* — *Entéralgie, spasmes convulsifs de l'œsophage.* — *Névropathie.* — *Erythème papuleux ortié.*

Cr..., 12 ans, fils de parents peu vigoureux, neveu de tuberculeux, a toujours été nerveux. Se plaignait depuis 6 mois de douleurs de ven-

tre le gênant dans son travail, diminuant son appétit. On le force à travailler, il devient de plus en plus constipé et a beaucoup maigri.

M. Guinon le voit, en mai 1897, après 10 jours de constipation opiniâtre. Il est faible, le teint jaunâtre, la langue blanche, sans fièvre, Le ventre n'est pas ballonné, mais il est dur et douloureux à la pression au niveau du côlon ; le frôlement du doigt sur les flancs fait reculer l'enfant.

L'appétit est nul ; il n'a pas de fièvre.

Les purgatifs ont échoué jusqu'à ce jour. Un premier lavage à l'eau bouillie ne ramène que quelques grammes. Un lavement, avec une longue sonde, de 200 grammes d'huile ramène, au milieu d'efforts, des matières dures infectes ayant le calibre d'un gros tuyau de plume, et chargées de mucus.

Il y a donc sténose des parties inférieures de l'intestin.

Un second lavage, fait le lendemain, amène des garde-robes, aidées par l'huile de ricin, relativement faciles, contenant beaucoup de glaires et de mucus rubané.

En juin, l'état de l'enfant est meilleur, mais il se plaint de renvois d'estomac, de renvois acides.

Pendant le repas, il est pris parfois de hoquet, de secousses analogues à des vomissements, de spasmes, ou bien de toux éructante comme « des quintes d'estomac » dit la mère. Ces accidents ont duré certains jours, du matin au soir, permettant cependant à l'enfant de jouer et de courir, permettant même l'alimentation.

Comme il n'y avait jamais eu de vomissements, M. Guinon admet qu'il s'agissait d'un simple spasme œsophago-stomacal et peut-être diaphragmatique. Les bains tièdes, les douches, une station à Plombières sont recommandées. Après cette dernière, amélioration notable, engraissement, mais encore quelques douleurs de ventre, et évacuations fréquentes de glaires épaisses.

On voit souvent apparaître des éruptions de papules *ortières*.

OBS. LXI (M. GUINON, *loc. cit.*). — *Colite chronique et constipation chez une enfant de 2 ans. — Retard de développement. — Urticaire.*

Marguerite P..., 22 mois. Nourrie au sein jusqu'à 8 mois, par sa mère enceinte. Mal nourrie depuis le sevrage. Depuis l'âge de 16 mois, elle a maigri et pâli ; elle dort mal, mange très peu et de façon capricieuse ; extrêmement constipée.

Novembre 1897. — Très pâle et très petite ; pèse 10 kilos seulement, un peu de déjettement des *hypochondres*, ventre gros, ombilic saillant ; chairs molles. Langue bonne, quelques ganglions au cou, suite d'exco-riations du cuir chevelu.

Prurigo sur le ventre et le tronc.

Traitement. — Huile de ricin et laxatifs.

Malgré les laxatifs, la constipation persiste ; l'enfant n'engraisse pas et ne veut rien manger.

Décembre. — J'examine alors les matières et je constate qu'elles sont formées de boules dures, d'odeur infecte, avec de nombreuses traînées de mucus adhérent et des membranes.

Traitement. — Benzonaphtol, sirop de séné.

Janvier. — Malgré ce traitement peu d'amélioration, la constipation est tenace, l'enfant reste pâle, ne reprend pas de poids, a des lèvres rouges et la langue sale.

Je prescris alors : *entéroclyses* à l'huile d'olive, et massage du ventre.

Dès ce moment, l'enfant s'améliore, garde-robes spontanées, meilleure mine, meilleur appétit ; elle augmente de 465 grammes en 15 jours.

CHAPITRE XV

Conclusions.

I. — Sous le nom d'entéro-colite muco-membraneuse, on décrit actuellement une forme d'entérite chronique, caractérisée par de la constipation avec débâcles diarrhéiques, par des phénomènes douloureux et par la présence dans les selles de mucosités à l'état amorphe ou concret sous forme de peaux, de fausses membranes.

II. — Parmi les nombreuses causes incriminées dans l'étiologie et la pathogénie de ce complexe symptomatique, il n'en est que deux qui paraissent constantes : le terrain neuro-arthritique d'une part, la constipation permanente d'autre part.

III. — Cette forme particulière de colite se rencontre chez les sujets, surtout chez les femmes, ayant des antécédents personnels ou héréditaires, parmi lesquels on note le rhumatisme chronique, le diabète, l'eczéma, la goutte, l'hystérie, la neurasthénie, les névroses, etc. etc.

IV. — La constipation semble être la cause primordiale et déterminante de la production exagérée de mucus.

V. — Toute constipation chronique, quelle que soit sa cause, peut se compliquer à un moment donné, soit d'une façon permanente, soit sous forme de crises, du rejet de fausses membranes dans les selles.

VI. — La constipation de cause spasmodique semble, plus que toute autre, s'accompagner de fausses membranes et de mucus.

VII. — La marche de l'entéro-colite muco-membraneuse est chronique, avec des rémittences pouvant faire croire à une guérison complète et des crises paroxystiques à formes variables : entéralgique, dysentérique, typhoïde, qui peuvent simuler soit les différents syndromes douloureux abdominaux, soit une affection générale.

VIII. — A côté de cette forme ordinaire, il faut établir une forme fruste et une forme grave pouvant simuler le cancer viscéral.

IX. — Au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, on peut rencontrer, soit à titre de complications, soit à titre de causes occasionnelles ou de simples associations morbides, des affections diverses : les différentes ptoses, surtout le rein mobile ; les affections utéro-ovariennes ; différentes dermatoses à type prurigineux ; diverses manifestations de la diathèse arthritique ; l'entéro-colite sableuse et enfin l'appendicite, surtout dans ses formes chroniques et à répétition.

X. — Chez l'enfant, la forme chronique est rare avant un an. On observe alors surtout une entéro-colite pseudo-membraneuse aiguë, qui n'est parfois que le prélude de la forme chronique.

Dans la seconde enfance et dans l'adolescence, on constate la forme chronique. C'est principalement à cet âge que les paroxysmes aigus ou subaigus, quelquefois fébriles, sont fréquents.

XI. — Les lésions intestinales sont encore peu connues ; on s'accorde généralement à les considérer comme légères.

Le cas de Vannebroucq, où des lésions interstitielles ont été observées, semble devoir être rejeté du cadre de l'entérocélite muco-membraneuse.

XII. — Le pronostic est, en général, bénin, malgré les douleurs et les modifications sur la nutrition générale qu'entraîne cette affection.

XIII. — Le traitement, surtout dirigé contre la constipation, sera médicamenteux et diététique.

On laissera de côté les purgatifs salins, les drastiques, pour employer les purgatifs huileux, et les purgatifs doux.

Les grands lavages intestinaux à l'eau bouillie, à l'huile, aux eaux minérales naturelles de Plombières, de Châtel-Guyon, donnent de bons résultats, surtout quand ils sont employés concurremment avec les grands bains tièdes prolongés et les différentes manœuvres hydrothérapiques.

Les antispasmodiques trouvent leur emploi contre les douleurs.

Le régime alimentaire variera suivant la cause de la constipation. Selon les cas, on aura avantage à diminuer ou à restreindre autant que possible les déchets alimentaires.

La gymnastique suédoise, l'électricité, le massage abdominal trouveront leur emploi dans certains cas.

Vu :

Le Président de la thèse,
E. BRISSAUD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Ackerlund.** — Studien über enteritis membranacea. *Archiv. f. Verdauungskrankh.*, 44.
- Anderson.** — Colitis in infancy and Childhood. *Journ. amer. med. ass.*, 1895.
- Andral.** — *Précis d'anat. path.*, 1829, t. II, p. 161.
- Barrier.** — *Traité pratique des maladies de l'enfance*, 3^e édit., 1862, t. II, p. 36.
- Barthez et Sanni.** — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. II, p. 306.
- Benigni.** — Caso di enterocolite muco-membranosa secondo il concetto di Mendelson. *Gaz. degli Osped.*, 1897.
- Beurnier.** — Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie. *Journal des Praticiens*, 1900.
- Björnstrom.** — D'un infarctus intestinal extraordinaire. *Anal. in Causaltalt Jahresh.*, 1869.
- Blondeau.** — Leçons sur la dyspepsie. *Union médicale*, 1857.
- Blondel.** — De la colite muco-membraneuse, envisagée dans ses rapports avec les affections gynécologiques. Son traitement. *Bull. et mém. Société de Thérapeutique*, 1897.
- Boardmann.** — *Boston med. and Surg. journal*, 1883.
- Bottentuit.** — Catarrhal enteritis. *British. med. journ.*, 1892.
- Boyd.** — A case of croupous enteritis. *Transact. of the Acad. of med. in Ireland*, 1885.
- Le Bret.** — *Ann. de Dermatologie*, 1869.
- Broca.** — *Bull. Société anatomique*, 1854.
- Buttler.** — Membranous enteritis, its pathological character et treatment. *New-York med. journ.*, 1895.
- Calmels.** — *La colite chez les enfants*. Th. Paris, 1897.
- Carret.** — *De l'entérite muco-membraneuse*. Th. Paris, 1897.
- Carron de la Carrière.** — Traitement de l'entérite muco-membraneuse chez les enfants. *Journ. de méd. de Paris*, 1898.
- Cautru.** — Complications nerveuses de l'entérite muco-membraneuse. *Méd. mod.*, 1895.

- Chaillé (Merlan de).** — Notes pour servir à l'histoire de l'entérite muco-membraneuse. *Union méd.*, 1868.
- Charrin.** — Ass. franc. pour l'avancement des Sciences, 23^e session tenue à Caen, 1894.
- Cherchevsky.** — Des névroses intestinales. *Revue de méd.*, 1883.
- Christian.** — *Recueil et mémoire de médecine et chirurgie militaires*, 1835.
- Clemens.** — Ueber den Darmkrup der Kinder. *Journ. f. Kindertkr. Erlangen*, 1860.
- Cohen.** — Two cases of membranous enteritis. *Med. News*, 1893.
- Comby.** — Entérite muco-membraneuse chez les enfants. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1897.
Traité des maladies de l'enfance, t. II.
- Da Costa.** — Enteritis membranous. *The Amer. jour. of med. Sc.*, 1871.
- De Courval.** — Note pour servir à l'étude des concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin. *Union méd.*, 1869.
- Courtois-Suffit.** — *Traité de médecine Charcot-Debove*, t. III.
- Cruveilhier.** — *Traité d'anat. path. génér.*, 1862.
- Dalché.** — Discussion sur les rapports de l'entérite muco-membraneuse et les affections utérines chez la femme.
- Dieulafoy.** — Lithiase intestinale. *Bull. et mém. de l'Académie de médecine*, 1897.
Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1896-97, 1897-98, 1898-99.
Bull. et mém. de l'Académie de médecine, 1898.
- Doš.** — A case of pseudo-membranous enteritis. *Boston med. and Surg. Journ.*, 1884-1885.
- Dujardin-Beaumetz.** — Traitement médical du cancer et de l'entérite pseudo-membraneuse, *Société Thérap.*, 1892.
- Edwards.** — Membranous enteritis. *Amer. jour. of med. Sc.*, 1888.
- Einhorn.** — Membranous enteritis and its treatment. *Med. record*, 1899.
- Feyat.** — *De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque*, Th. Lyon, 1890.
- Findley.** — Membranous enteritis. *Amer. jour. of med. Sciences*, 1875.
- Galliard.** — Entérite membraneuse. Erythème. *Soc. méd. hôpitaux*, 1897. *Traité de méd. et de thérap.*
- Gendrin.** — *Traité philosophique de médecine pratique*, 1841.
- Glénard.** — Appendicite et entéro-colite. *Bull. et mém. Acad. de méd.*, 1897.
- Goss.** — A membrane like affection of the bowels. *Boston med. and Surg. Journ.*, 1881.
- Gourdon.** — *Sur l'entérite pseudo-membraneuse simple*. Th. Paris, 1875.
- Graves.** — *Cliniques médicales*, 1863.

- Grizolle.** — *Pathologie médicale*, 1875.
- Guinard.** — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*.
- Guinon.** — Formes de la colite chez l'enfant. Traitement de la colite chez l'enfant, 1898. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1898.
- Guyot.** — *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1868. *Un. médic.*, 1868.
- Hayn.** — Ueber die Bildung häutiger Massen im Darmkanal. *Hufeland's Journ.*, 1843.
- Huchard.** — Note sur un cas de concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin. *France méd.*, 1879.
- Hutinel.** — Cystite coli-bacillaire chez les enfants. *Presse méd.*, 1896.
- Izoare.** — Contribution à l'étude de l'entérite muco-membraneuse. Th. Paris, 1883.
- Irving.** — Pseudo-membranous enteritis associated with ascaris lumbricoïdes. *J. Am. med. ass.*, 1895.
- Jones.** — A case of muco-membranous enteritis and intestinal sand. *Medicinal News*, 1897.
- Kilbourne.** — Final history of a case of (so called) membranous enteritis, *Med. Record*, 1896.
- A case of chronic membranous enteritis with periodical exacerbations. *Med. Record*, 1888.
- Kitawaga.** — Beiträge zur Kenntniss der enteritis membranacea. *Zeitsch. f. klin. Med.*, XVIII.
- Klebs.** — *Hand. der patholog. Anat.*, 2^e livre, 1869.
- Laborde.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1868.
- Laboulbène.** — *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, 1861.
- Langenhagen (de).** — *Revue générale*, *Sem. méd.*, 1898.
- Langlet.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1867.
- Lasègue.** — Leçons sur les maladies du gros intestin et, en particulier, sur les affections dysentériques. *Etudes médic.*, t. II.
- Lereboullet.** — Contribution à l'étude de quelques accidents dus à la constipation. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1875.
- Letcheff.** — De la colite muco-membraneuse chez les utérines. Th. Paris, 1895.
- Leudet.** — *Mémoire*, 1859.
- Litten.** — Präparate von enteritis (colitis membranacea). *Berliner klin. Wochens.*, 1888.
- Lyon.** — *Revue in Gaz. des Hôpit.*, 1889.
- Traitement de l'entérite muco-membraneuse. *Revue de thérap. médico-chirurg.*, 1894.
- *L'entéro-colite muco-membraneuse*, Paris, 1900.
- Malibran** — *L'atonie intestinale et ses complications*, Paris, 1889.

- Mathieu.** — Traitement de l'entérite muco-membraneuse. *Gaz. des hôp.*, 1894.
- *Thérapeutique des maladies de l'intestin*, 1895.
- Deux cas de sable intestinal avec entérite muco-membraneuse. *Soc. méd. des hôp.*, 1896.
- Sur les rapports de la néphroptose et de l'entérite muco-membraneuse. *Bull. et mém. de la Soc. de thérapeutique*, 1897.
- Traitement de la colite muco-membraneuse. *Bull. et mém. de la Soc. de thérapeutique*, 1897.
- Mendelson.** — Mucous colitis a functional disease. *Med. Record*, 1897.
- Mercier.** — *De la colite chronique*, Th. Paris, 1888.
- Monod (E.).** — De l'entérite pseudo-membraneuse en gynécologie, *Ann. de la Policl. de Bordeaux*, 1893.
- Murdoch.** — *Cliniques annales, etc.*, t. II.
- Nonat.** — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1894.
- Ozenne.** — De la colite pseudo-membraneuse chez les utérines. *Journ. de méd. de Paris*, 1893.
- Perroud.** — *Journal de médecine de Lyon*, 1864.
- Pigné.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1845.
- Poignard.** — *Des concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin*, Th. Paris, 1875.
- Potain.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1857.
- De la colite chronique. *Sem. méd.*, 1887.
- De la constipation. *Sem. méd.*, 1889.
- Powel.** — On certain painful affections of the intestinal canal. *Medic. trans. of college of Physicians in London*, 1820.
- Raynaud.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1874.
- Reclus.** — Entéro-colite et appendicite. *Bull. Ac. méd.*, 1897.
- Richardière.** — L'entérite muco-membraneuse. *Un. méd.*, 1895.
- Rilliet et Barthez.** — *Traité clin. et prat. des mal. des enfants*, 1853.
- Robin.** — Mucus concret de l'intestin: *Traité des humeurs*, 1874.
- *Bull. therap.*, 1898.
- *Bull. Acad. méd.*, 1897.
- Roche et Sanson.** — *Nouveaux éléments de path. médico-chirur.*, 1833.
- Rothmann.** — Uber enteritis membranacea. *Deutsche med. Wochens.*, 1893.
- Santi (De).** — *De l'entérite chronique*, 1892.
- Schmidt (A.).** — *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1897.
- Sée (G.).** — *Des dyspepsies gastro-intestinales*, 1883. Communication à

- l'Ac. de méd., 1881. De l'entérite mucino-membraneuse et de son traitement. *Bull. méd.*, 1893.
- G. Simon.** — Des accidents prémonitoires des typhlites, pérityphlites et appendicites. *Bull. méd.*, 1891.
- Siredey.** — Note pour servir à l'étude des concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin. *Soc. méd. des hôp.*, 1866.
- Soupault.** — *Manuel de médecine*, t. 5.
— Traitement de la constipation. *Bull. de la Soc. thérapeutique*, 1899.
- Talamon.** — *Soc. méd. des hôp.*, 1897.
- Thévenot.** — Contribution à l'étude du catarrhe intestinal à mucosités membraniformes. Commun. faite à la Soc. de méd. de Paris, *Un. méd.*, 1883.
- Tonné.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1844.
- Trastour.** — Du rôle pathogénique de la dilatation gastro-colite. *Sem. méd.*, 1886.
— Nouvelle étude clinique de la dilat. gastro-colique commune. *Sem. méd.*, 1887.
- Trousseau.** — Leçons sur les dyspepsies. *Un. méd.*, 1857.
- Trumpp.** — *Münch. med. Woch.*, 1896.
- Van Swieten.** — *Diarrhea febrilis*, t. II.
- Van Valzah.** — *Amer. Journ. of med. sc.*, 1875.
- Vanné.** — *Arch. ital. di. cli. med.*, XXVII, 4.
- Venturini.** — *Bull. des sc. med. de Bologne*, 1850.
- Vorbe.** — Des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite membraneuse. Th. Lyon, 1898.
- Wannebroucq.** — Notes sur l'entérite pseudo-membraneuse. *Journ. de méd. du Nord*, 1863.
- Comptes rendus de l'Assoc. pour l'avanc. des sciences *Congrès de Lille*, 1874.
- Weber.** — *Société thérapeutique*, 1894-1897.
- Williams.** — Chronic inflammation of the intestinal mucous-membranous. *Dublin Journ. of. med. sciences*, 1864.
- Winslow.** — A case of membranous colitis. *Maryland med. Journal*, XV.
- Withehead.** — Mucous diseases. *Brit. med. Journ.*, 1871.
- Worms.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1863.
-



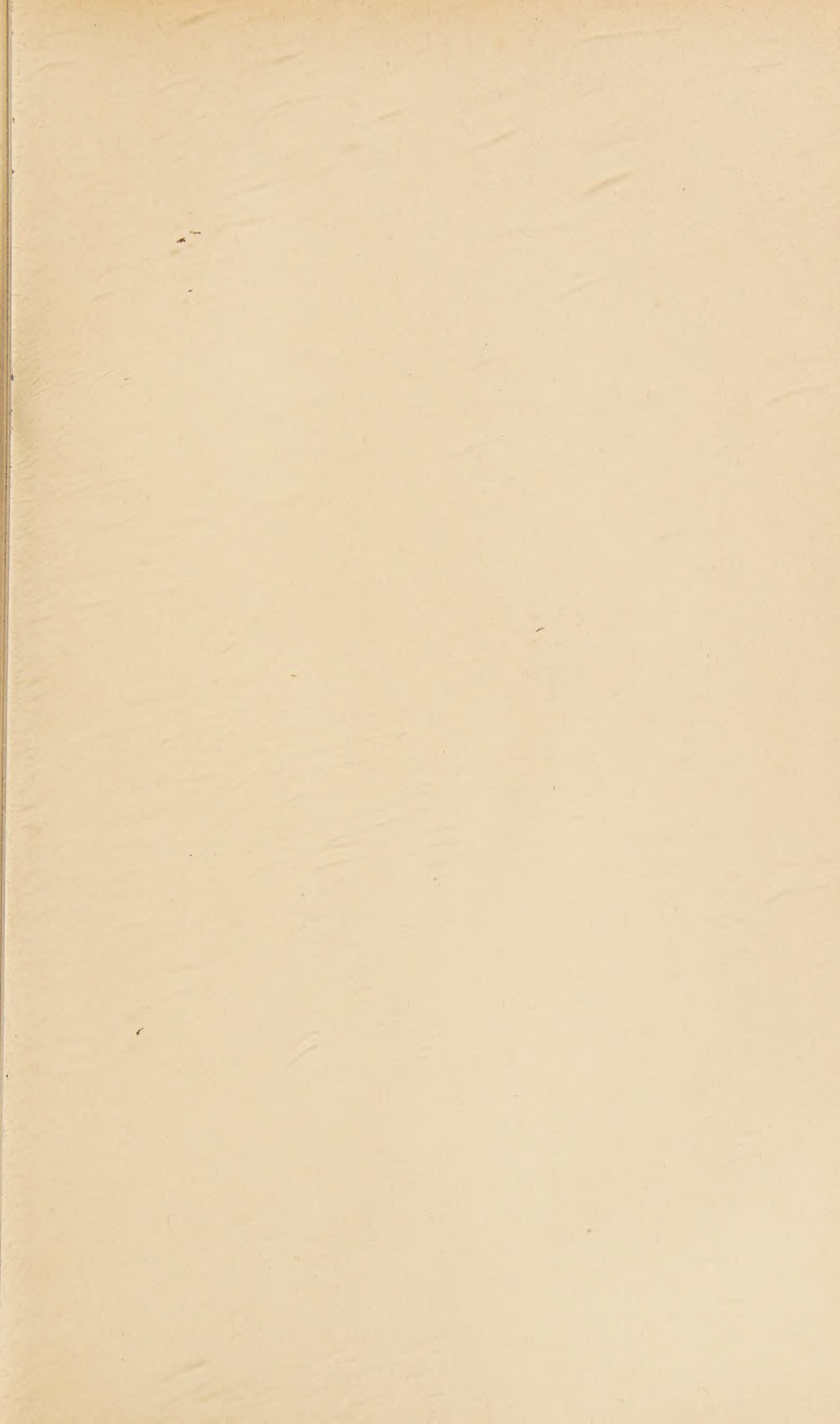
TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Introduction. Définition	7
CHAPITRE II. — Historique	9
CHAPITRE III. — Étiologie	12
<i>Causes prédisposantes</i>	12
<i>Causes occasionnelles</i>	13
CHAPITRE IV. — Symptomatologie	16
SYMPTÔMES CAPITAUX	16
<i>Constipation</i>	17
Constipation totale	17
Constipation dissociée	18
<i>Douleur</i>	24
<i>Expulsion de mucus ou fausses membranes</i>	28
<i>Type amorphe</i>	28
<i>Type membraneux</i>	29
Forme rubanée	29
Forme cylindrique	30
SYMPTÔMES SECONDAIRES	35
SYMPTÔMES OBJECTIFS	41
CHAPITRE V. — Crises d'entéralgie paroxystiques, au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse	47
PRODROMES	49
1° CRISES D'ENTÉRALGIES	51
A. Générale	52
Simple	52
A type d'obstruction intestinale	55
Dysentérique	56
B. Localisée	57
Type gastralgique	57

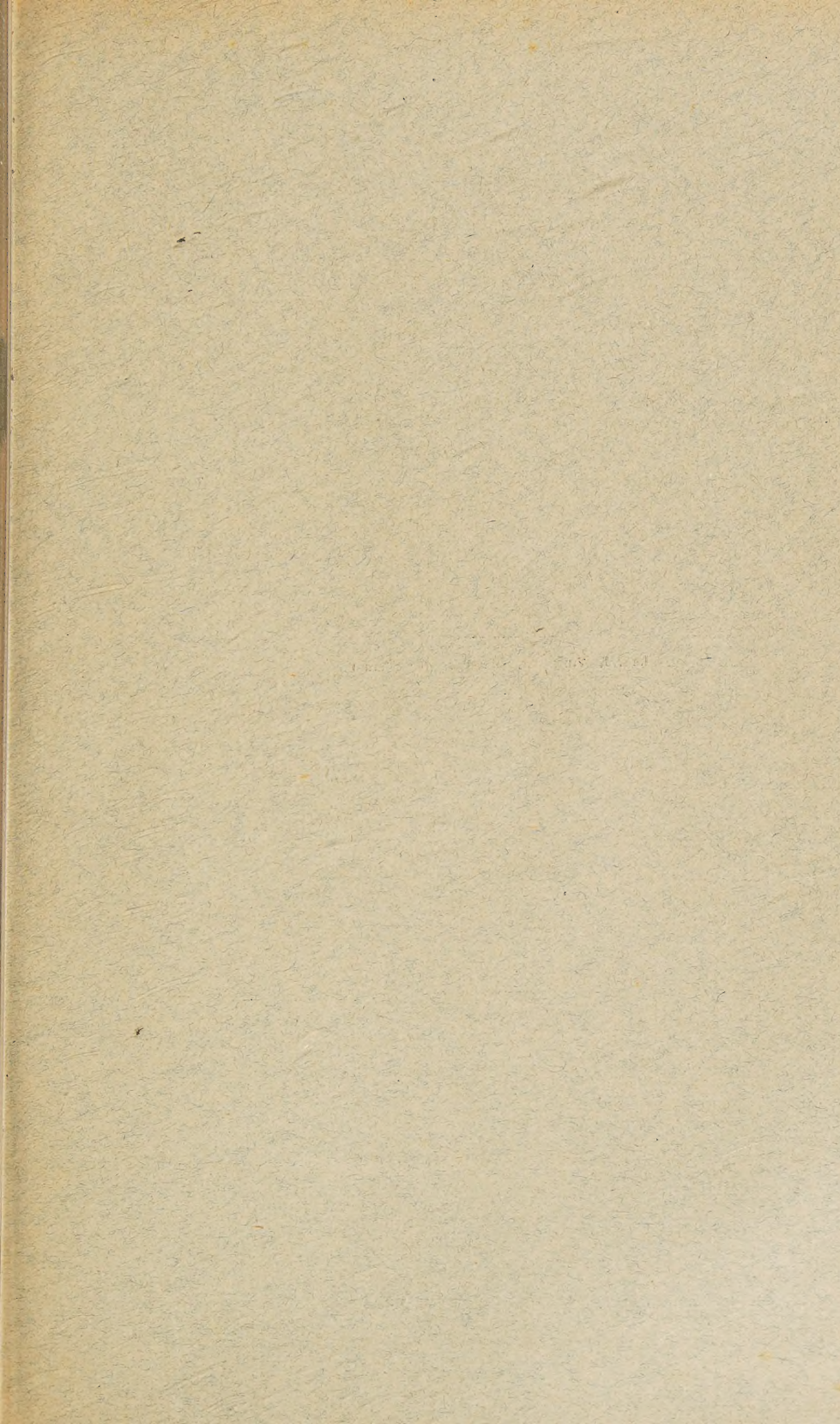
Type de sigmoïdite	57
Type néphrétique	58
Type hépatique	59
Type appendicite (entéro-typhlo-colite)	59
2° CRISES D'ENTÉRALGIE INFECTIEUSE	60
Forme typhoïde	60
CHAPITRE VI. — Formes cliniques chez l'adulte	62
FORMES LATENTES	63
FORMES COMMUNES	64
<i>D'après la marche.</i>	65
Forme continue	65
Forme rémittente	66
<i>D'après la prédominance d'un groupe de symptômes.</i>	67
Forme gastrique	67
Forme nerveuse	67
<i>D'après la nature de la constipation.</i>	68
Forme spasmodique	69
Forme atonique	69
FORMES CONTINUES GRAVES	71
CHAPITRE VII. — Formes cliniques chez l'enfant	73
Entéro-colite de la première enfance	73
Entéro-colite de la 2 ^e enfance	76
CHAPITRE VIII. — Associations cliniques et complications.	78
Gastropathies	78
Affections hépatiques	80
Ptoses viscérales	81
Lithiase intestinale	85
Appendicite	90
Hémorroïdes	99
Péritonite chronique :	100
Affection utéro-annexielle	100
Troubles urinaires	103
Affection cardio-pulmonaire	104
Accidents nerveux	105
Dermatoses	108
CHAPITRE IX. — Pronostic	114
CHAPITRE X. — Pathogénie	115

CHAPITRE XI.	— Anatomie pathologique	124
CHAPITRE XII.	— Diagnostic.	127
CHAPITRE XIII.	— Traitement.	132
CHAPITRE XIV.	— Observations	140
GROUPE I.	— Forme latente.	140
GROUPE II.	— Forme continue.	142
GROUPE III.	— Crises d'entéralgie simple	145
GROUPE IV.	— Crise d'entéralgie à type d'obstruction intestinale	151
GROUPE V.	— Crises d'entéralgie à type gastralgique.	155
GROUPE VI.	— Crises d'entéralgie à type de sygmoïdite.	157
GROUPE VII.	— Crises d'entéralgie à type néphritique.	160
GROUPE VIII.	— Crises d'entéralgie à type hépatique.	162
GROUPE IX.	— Crises d'entéralgie à type de typhlite	165
GROUPE X.	— Entéro-colite muco-membraneuse avec symptômes infectieux et fébriles	168
GROUPE XI.	— Forme continue grave.	178
GROUPE XII.	— Entéro-colite muco-membraneuse chez l'enfant	180
GROUPE XIII.	— Gastropathies diverses et entéro-colite muco-membraneuse.	188
GROUPE XIV.	— Néphroptose et entéro-colite muco-membraneuse.	194
GROUPE XV.	— Sable intestinal et entéro-colite muco-membraneuse.	196
GROUPE XVI.	— Appendicite et entéro-colite muco-membraneuse	200
GROUPE XVII.	— Cystite et entéro-colite muco-membraneuse.	216
GROUPE XVIII.	— Névropathies et entéro-colite muco-membraneuse	247
GROUPE XIX.	— Dermatose	249
CHAPITRE XV.	— Conclusions.	222
CHAPITRE XVI.	— Bibliographie.	225









Imp. J. THEVENOT, Saint-Dizier (Hte-Marne)
